

MARCOS AURÉLIO MORETTO

A POLÍTICA E A PRÁTICA NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE:

Suas consonâncias e dissonâncias na visão dos enfermeiros

Florianópolis, setembro de 2000.

M845p Moretto, Marcos Aurélio

A Política e a Prática nas Unidades Básicas de Saúde: suas consonâncias e dissonâncias na visão dos enfermeiros. / Marcos Aurélio Moretto. - Florianópolis, 2000.
143p.

Orientadora: Prof. Dra. Mercedes Trentini

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem.

1. Enfermagem. 2. Prática de Pesquisa. 3. Prática assistencial. 4. Unidades Básicas de Saúde. I. Título.

CDU 616-083

Catálogo na publicação: Samile Andréa de Souza Vanz - CRB 10/1398

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL – UFSC/UnC/URI**

**A POLÍTICA E A PRÁTICA NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE:
Suas consonâncias e dissonâncias na visão dos enfermeiros**

MARCOS AURÉLIO MORETTO

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós – Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Santa Catarina,
como requisito para obtenção do título de
Mestre em Assistência de Enfermagem
Orientador: Dra. MERCEDES TRENTINI**

FLORIANÓPOLIS, SETEMBRO DE 2000.

15 de Setembro de 2000

A POLÍTICA E A PRÁTICA NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE:


Suas consonâncias e dissonâncias na visão dos enfermeiros

Marcos Aurélio Moretto

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:


Mestre em Enfermagem

E aprovada na sua versão final em 15 de setembro de 2000, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Assistência de Enfermagem.




Dra. Denise E. Pires de Pires
Coordenadora do Programa


BANCA EXAMINADORA:




Dra. Mercedes Trentini
Presidente



Dra. Denise E. Pires de Pires
Membro



Dra. Eliana M. Farias
Membro



Dra. Miriam Borenstain
Membro Suplente

RESUMO

A POLÍTICA E A PRÁTICA NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE:

Suas consonâncias e dissonâncias na visão dos enfermeiros

Este consiste em um estudo resultante da convergência da prática assistencial e a prática de pesquisa, com a finalidade de elucidar aspectos da prática e da política de saúde em Unidades Básicas de Saúde de um município do Rio Grande do Sul. Utilizou-se para o seu desenvolvimento, a técnica de pequenos grupos, com profissionais Enfermeiros atuantes na rede de Unidades Básicas de Saúde do município. Com o grupo desenvolveu-se um processo ensino – aprendizagem, através de uma metodologia pedagógica problematizadora, e deste processo a reflexão sobre as consonâncias e dissonâncias existentes na prática das Unidades Básicas de Saúde na implementação da política do Sistema Único de Saúde. O marco conceitual do estudo foi construído a partir da articulação dos conceitos que compõem os princípios norteadores da política do SUS, a saber: saúde; universalidade; equidade; descentralização; participação social; integralidade. A estes foram acrescentados os conceitos de ensino – aprendizagem; enfermagem; ambiente. Para a apresentação dos resultados obtidos, dividimos sua apresentação em dois aspectos básicos; um relativo a formação do grupo e o processo de ensino desenvolvido, e outro, dos dados obtidos a partir da reflexão do grupo referente aos fatores favoráveis e/ou desfavoráveis à implementação da política de saúde. Como resultados obtidos temos respectivamente: 1) A formação do grupo, a metodologia pedagógica e de pequenos grupos utilizada e o processo, suas dificuldades e facilidades no desenvolvimento. 2) Fatores intervenientes na implementação da política na prática desenvolvida pelas Unidades Básicas de Saúde, identificamos dois aspectos principais; um relativo aos fatores desfavoráveis e outro relativo a sugestões construídas pelo grupo que apresentamos como “Propostas e Perspectivas Futuras”. Considerando os aspectos relativos aos fatores desfavoráveis à implementação das políticas do SUS, resultou na constituição de seis categorias: Modelo curativo; O despreparo dos profissionais de saúde; A falta de informação; Cultura dos usuários frente aos serviços; Condições físicas das Unidades Básicas de Saúde; O financiamento do setor. Em relação as sugestões construídas pelo grupo, identificamos: A Educação em saúde nas escolas; A necessidade de organizar um sistema de informações; Os profissionais como agentes de mudança; Necessidade de união na enfermagem. Apesar da complexidade do tema, este nos permitiu a apreensão de elementos da realidade que interferem na implementação das políticas de saúde. Não que estes representem toda a realidade, mas servem de referência para a construção do SUS.

ABSTRACT

THE POLITIC AND PRACTICE AT HEALTH CENTERS: Its consonance and dissonances in the nurse perception

This study consists of a convergence between nursing care practice and research practice, which attempt to address the issues of the health practice and politic at Health Centers in a city of Rio Grande do Sul – Brasil. The technique of small group was used on its development. The groups were formed by eight nurses that work at Health Centers. The data were collected through a process of discussion and reflection about the difficulties and facilities in developing a health practice at the Health Centers Units. The conceptual framework was built from the articulation of the concepts such as: health, universality, equality, decentralization, social participation, integrality, teaching – learning, nursing and environment. The findings showed the following main results regarding the unfavorable factors to implement the health care in the Health Centers: using the curative model; health professional disqualification; lack of information; culture of users to cope with services; material conditions in the Health Centers; sector's financing. Regarding the suggestions that were built by the group were identified: health education at schools, necessity to organize a data system, professionals like changing agents, necessity of nursing union. In spite of the theme's complexity, it was allowed to apprehend some elements from reality that intervene in the execution of health policies. These elements don't represent all the reality but they are used like reference to the SUS construction.

SUMÁRIO

RESUMO	IV
ABSTRACT	V
INTRODUÇÃO.....	8
1.0 – CARACTERÍSTICAS DO CAMPO ONDE OCORREU O ESTUDO.....	12
2.0 – OBJETIVOS	32
2.1- OBJETIVO GERAL	32
2.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
3.0 – REVISÃO DA LITERATURA	32
3.1 – O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	33
4.0 - MARCO CONCEITUAL.....	66
5.0 – METODOLOGIA.....	75
5.1 – TIPO DE ESTUDO	75
5.2 – DA ENTRADA NO CAMPO	77
5.3 – CRITÉRIOS DE SELEÇÃO.....	80
5.4 – MÉTODO DE GRUPOS	81
5.5 – FORMAÇÃO DO GRUPO E SUA AUTO - ORGANIZAÇÃO	85
5.6 – O PROCESSO	87
5.7 – REGISTRO, ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	88
6.0 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	90
6.1 – O GRUPO	90

6.2 – AS REFLEXÕES EMERGIDAS NO GRUPO EM RELAÇÃO AOS FATORES FAVORÁVEIS E DESFAVORÁVEIS À IMPLEMENTAÇÃO DO SUS NA PRÁTICA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.....	96
6.3 – PROPOSTAS E PERSPECTIVAS FUTURAS	123
7.0 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	128
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	133
BIBLIOGRAFIA.....	139
ANEXO I	140
ANEXO II	143

INTRODUÇÃO

Este estudo consiste em uma convergência da prática assistencial e a prática de pesquisa, a fim de elucidar aspectos da prática e da política de saúde nas Unidades Básicas de Saúde - UBS. A prática assistencial e a pesquisa convergiram no decorrer de um processo educativo desenvolvido com um grupo de enfermeiros(as) atuantes em algumas UBS de um município do Rio Grande do Sul.

A política de saúde que emana do Sistema Único de Saúde - SUS, conquistada a partir da VIIIª Conferência Nacional de Saúde em 1986, que se denominou Reforma Sanitária, traz em si uma nova concepção de saúde, concepção essa fundamentada em princípios progressistas para o País, considerando o período. A Reforma Sanitária é resultado da luta da sociedade pelo resgate da cidadania e pelo resgate da dívida social, herdada do período anterior, marcado pela ditadura militar e por uma política social de exclusão. O movimento sanitário vem ao encontro da luta pela democratização política do País, que culminou na Constituição de 1988, onde os anseios e direitos de saúde foram legalizados, porém, ainda distantes de ser uma realidade na prática assistencial do sistema de saúde vigente.

A concepção progressista de saúde que emana do SUS é marcada pelo conceito ampliado de saúde, saúde – cidadania, alicerçada em princípios que são os elementos norteadores da Política Nacional de Saúde. Por conceito ampliado de saúde, entende-se resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer. Em

síntese, reconhece-se a determinação social no processo saúde - doença (Brasil, 1986). E, como princípios norteadores, consagrados na Constituição e Lei Orgânica da Saúde, identifica-se: o acesso universal, a equidade, a descentralização, a integralidade, e a participação social. Tais princípios são interrelacionados e interdependentes na construção dos preceitos emanados da Reforma Sanitária e, por conseguinte, dos anseios da sociedade brasileira na conquista da saúde.

O SUS, entendido ainda como um processo em construção, que envolve a sociedade, os profissionais de saúde e o governo, teve, na sua história recente, sua implementação gradativa, mediada por um vasto arcabouço jurídico, caracterizado por leis complementares, normas operacionais e instruções normativas. Esses instrumentos, que tentam superar as diversas barreiras administrativas, caracterizadas por um "centralismo" próprio das concepções herdadas da ditadura e da cultura político administrativa brasileira, e assim, superar as dificuldades de gestão em saúde nos três níveis de governo. Instrumentos que têm suas origens nas Conferências de Saúde, nas instâncias colegiadas (Comissões Intergestores Bi e Tripartite) e nos Conselhos de Saúde, e que buscam garantir à sociedade as conquistas e avanços na implementação da política de saúde.

Nesse contexto, marcado por disputas de diversos setores, em que governo e setor privado da saúde apresentam maior poder, temos, na sociedade organizada, aqui entendida como população usuária e nos profissionais de saúde, o contraponto necessário para a construção do SUS, já conquistado em lei.

Observa-se, contudo, que há ainda grande fragilidade na capacidade de articulação, organização dos usuários frente à participação nesse processo. Assim, deposita-se nos profissionais de saúde a "força" necessária para a implementação da política de saúde preconizada pela Reforma Sanitária.

Frente a essa realidade, a situação passa a ser crítica, na medida em que se evidencia o desconhecimento, por parte dos profissionais de saúde, dos princípios norteadores do SUS. As evidências do desconhecimento se

caracterizam pelo reflexo da dinâmica assistencial desenvolvida nas UBS, observada em minha experiência profissional. Caracterizam-se por um modelo assistencial centrado nas ações curativas, sem levar em consideração os fatores sociais, condicionantes do processo saúde – doença, e a necessidade do desenvolvimento de ações integrais em saúde. A assistência prestada é, de modo geral, desenvolvida para o indivíduo com base no modelo clínico de assistência.

Em vista disso, as razões que justificam o presente estudo residem em dois aspectos básicos e centrais.

Um primeiro: a necessidade de capacitação dos recursos humanos com base no paradigma sanitário, pois se evidencia a existência de uma profunda crise de insatisfação e realização entre profissionais e usuários junto ao sistema de saúde pública, refletida, claramente, por uma gama diversa de problemas, que têm alterado significativamente a capacidade dos serviços de saúde no que tange ao cumprimento de seu papel (Merhy, 1997 p.125).

Há inúmeros exemplos de iniquidades geradas, que vão desde a desumanização dos serviços, a falta de compromissos dos profissionais de saúde com os usuários, até a piora de alguns indicadores de saúde coletiva e o retorno de doenças evitáveis. Observa-se, no cotidiano da assistência, que o SUS não tem respondido ao princípio do novo paradigma que lhe deu origem: construir com a comunidade um conjunto de ações em defesa da vida, individual e coletiva, e assim, responder objetivamente à promoção da saúde. O SUS tem, nesse sentido, respondido insatisfatoriamente à doença, ao meu ver.

Atribuo, entre os fatores intervenientes geradores dessas circunstâncias, a falta de capacitação profissional para a compreensão do próprio SUS e, principalmente, a do paradigma sanitário que o propõe. O conjunto de princípios norteadores do SUS não tem sido suficientemente conhecido, discutido pelos trabalhadores de saúde, e assim, sua prática encontra-se dissociada, distante do preconizado. Segundo Chianca, (1994, p.52) “é necessário dar ênfase ao preparo e treinamento de recursos humanos, entre os quais, os elementos da equipe de enfermagem.” A mesma autora acrescenta que o novo modelo clama por

profissionais críticos que aliado à competência técnica, possa dar conta da dimensão política do trabalho no setor saúde e das dimensões sociais dos seres que assiste.

O segundo aspecto que justifica este estudo, enquanto pesquisa, reside na identificação dos aspectos dissonantes ou consonantes da implementação dos princípios de saúde preconizados pelo SUS na prática cotidiana das Unidades Básicas de Saúde.

A identificação desses aspectos nos possibilita estabelecer pontos referenciais para intervenções básicas na micropolítica do trabalho das Unidades Básicas de Saúde, na organização do sistema local de saúde, bem como ser uma referência para novos estudos relativos ao tema.

A relevância deste trabalho reside, enquanto prática assistencial, no contributo para a formação de profissionais comprometidos com o novo paradigma, que busque a construção de um novo modelo de assistência centrado na saúde, no usuário, no desenvolvimento de práticas profissionais voltadas à assistência integral à saúde e à sua promoção em todos os níveis de atuação. Uma prática pautada no respeito ao preconizado pelos princípios do SUS, subordinando-se ao interesse coletivo da cidadania, em defesa da saúde individual e coletiva.

E considerando a pesquisa, a sua relevância está na identificação de aspectos que interferem na implementação das políticas sanitárias propostas pelo SUS no cotidiano das atividades das Unidades Básicas de Saúde. Tais elementos nos permitem estabelecer pontos para intervenção, na construção do modelo estabelecido pelo SUS, mesmo considerando serem elementos extraídos do campo micropolítico do trabalho, pois, entendo como Merhy, (1997, p.128) que há a necessidade de se buscar novas pistas para tratar das intenções de transformação que permeiam o setor saúde.

Este estudo, contudo, em razão do seu caráter metodológico, não serve para generalizações; porém, é fonte segura para observações futuras relativas ao tema.

1.0 – Características do Campo onde ocorreu o Estudo

O município onde o trabalho foi desenvolvido conta com uma população total estimada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) para o ano 2000, em 89.755 habitantes. Município pólo regional do nordeste do Estado, tem suas características econômicas centradas na produção terciária. A composição percentual de participação na economia do município em 1999, foi de: 38,31% na prestação de serviços; 27,89% na indústria; 26,05% no comércio; 7,75% na produção primária, segundo dados da Secretaria Municipal de Indústria, Comércio e Serviços.

O Sistema Público de Saúde está sob a responsabilidade do município desde 1994, quando municipalizou as ações do setor, com referência na então Norma Operacional Básica 01/93, optando pelo modelo de Gestão Parcial. No momento em que o estudo foi realizado, o município já havia referendado a municipalização de acordo com a Norma Operacional Básica 01/96, em dezembro de 1997, na Gestão Plena da Atenção Básica.

Apresentaremos, a seguir, alguns aspectos que caracterizam o Sistema Público Municipal de Saúde. Não é intenção apresentar neste, uma análise técnica de sua estrutura e funcionamento. A intenção consiste em realizar uma descrição do sistema público municipal, com foco o principal nas Unidades Básicas de Saúde, e caracterizar, de modo geral sua dinâmica de funcionamento, e assim contextualizar criticamente o local onde o estudo ocorreu.

O Sistema Municipal de Saúde conta com uma rede de dez Unidades Básicas de Saúde, sendo chamadas e classificadas de acordo com o nível de

hierarquia e localização geográfica; duas outras unidades em especialidades - Núcleo de Saúde Mental e Centro de Referência da Mulher. A Unidade Básica de Saúde do Centro atende também em algumas especialidades médicas. Uma Farmácia de Manipulação, três Unidades Escolares Odontológicas, Serviço de Vigilância Sanitária, um albergue para tratamento fora de domicílio, localizado na capital do Estado, e um Hospital Municipal formam o Sistema Público Municipal de Saúde.

Das Unidades Básicas de Saúde, pelas quais temos neste estudo maior interesse, seis estão localizadas na sede do município, distribuídas uma no centro e as demais nos bairros. As outras quatro unidades estão localizadas nos distritos, uma para cada um deles. É nessas Unidades Sanitárias que são desenvolvidos os programas de saúde, em que a Enfermagem atua a nível ambulatorial, com significativa presença junto ao sistema de saúde.

A seguir apresentamos uma síntese dos programas e serviços desenvolvidos nessas unidades, entre outras características individuais:

•UBS – Centro; Em sua área física está instalada a Secretaria Municipal de Saúde. Prédio em que funcionava o PAM – Posto de Assistência Médica do extinto INAMPS. Caracteriza-se como uma unidade de referência as demais unidades periféricas, por desenvolver a maioria dos programas e serviços existentes no município. O seu perfil de funcionamento está relacionado com atendimento à demanda espontânea, principalmente em relação aos serviços médicos. Desenvolve os serviços e programas a seguir:

- Programa de Controle da Hanseníase;
- Programa de Controle da Tuberculose;
- Programa de Imunizações;
- Serviço de Vigilância Epidemiológica do Município;
- Programa de Planejamento Familiar;

- Programa da Saúde da Mulher, com ações de pré – natal, prevenção do câncer de colo uterino e mama;
- Programa de Prevenção as Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS;
- Programa de Saúde Bucal;
- Serviços de Auxílio Diagnóstico e Terapia, contemplando:
 - coleta de Material para exames de laboratório;
 - aplicações de medicação injetável prescrita;
 - realização de curativos e retirada de pontos;
 - verificação de Pressão Arterial;
 - atendimento de farmácia, distribuição de medicamentos;
- Realização de Consultas Médicas em: pediatria, gineco-obstetrícia, urologia, traumatologia, dermatologia, pneumologia, encocronologia, gastroenterologia, oftalmologia e clínica/cirurgia gera l;
- Consultas de enfermagem nos programas e a demanda;
- consultas com nutricionista.

•Unidade Básica do Bairro A – Localizada na periferia do município atendendo à população do bairro e populações limítrofes a ele. Essa unidade funciona no complexo escolar e creche, financiado e denominado pelo então governo Collor de Projeto Minha Gente, e que há muito no município recebeu outro nome - Caras Pintadas. Sua estrutura, projetada para locais de clima quente como o Nordeste do País, teve que sofrer diversas adaptações para seu uso em nosso clima frio. De corredores abertos e salas pequenas, edificado em pré – moldados, com ventilação que nesta região é totalmente inadequada. O espaço da área onde está localizada, por essa razão, obteve prejuízos no aproveitamento; e sua arquitetura dificulta a dinâmica dos serviços.

As características do atendimento estão pautadas no atendimento à demanda espontânea. Atualmente através dos Agentes Comunitários de Saúde, tem-se buscado o desenvolvimento de ações coletivas de prevenção. São desenvolvidos nessa unidade, os seguintes serviços e programas de saúde:

- Programa de Imunização;
- Programa de Planejamento Familiar;
- Programa de Saúde Bucal, dirigido aos alunos das escolas locais;
- Programa de Agentes Comunitários de Saúde;
- Programa da Saúde da Mulher - pré-natal, e prevenção de câncer de colo – uterino e mama;
- Serviços de auxílio diagnóstico e terapia;
- Administração de medicação injetável;
- Coleta de material para Exames Laboratoriais;
- Curativos, retirada de pontos;
- Atendimento de Farmácia, aviamento de receitas;
- Verificação de pressão arterial, nebulizações;
- Consultas médicas nas clínicas básicas, Pediatria, Clínica Geral, Gineco-obstetrícia;
- Consultas de Enfermagem;
- Grupos de Gestantes, Hipertensos, Puericultura;
- Grupos de orientação em sala de espera;

•Unidade Básica de Saúde - Bairro B; Localizada no bairro mais populoso. Considerando-se as característica sócio econômicas, é constituído de população pobre. É referência para outros bairros próximos, em especial um que se constituiu originalmente a partir do

assentamento de famílias que viviam na periferia de rodovia federal, um dos acessos ao município. Essa unidade sanitária teve sua origem no complexo que lá existiu denominado Centro Social Urbano, e originalmente tinha 60 m² de área. Posteriormente, com a desativação gradativa das ações relativas a esses centros sociais, sua área total de mais de 200m² em alvenaria, foi adaptada para o atendimento em saúde. Mais uma vez evidencia-se que a área física não foi projetada para o fim a que hoje se destina, havendo, assim, dificuldades na dinâmica dos serviços. Como as anteriores, podemos caracterizar o atendimento pela demanda espontânea nas clínicas básicas e pela existência de um serviço de plantão 24 horas de 2ª as 6ª feira, e aos sábados das 8:00 às 18:00 horas. Atualmente, por ser uma Unidade Básica de Saúde localizada numa área de abrangência, atinge a população em situação de pobreza. Ali está sendo implantado, além do já existente Programa de Agentes Comunitários de Saúde, o Programa de Saúde de Família. A seguir, apresentamos os programas e serviços desenvolvidos:

- Programa de Imunização;
- Programa de Planejamento Familiar;
- Programa de Saúde Bucal, atendendo à população em geral;
- Programa de Agentes Comunitários de Saúde;
- Programa da Saúde da Mulher, pré-natal, e prevenção de câncer de colo – uterino e mama;
- Serviços de auxílio diagnóstico e terapia:
 - administração de medicação injetável;
 - coleta de material para Exames Laboratoriais;
 - curativos, retirada de pontos;

- atendimento de Farmácia, aviamento de receitas;
- verificação de pressão arterial, nebulizações;
- Consultas médicas nas clínicas básicas, Pediatria, Clínica Geral, Gineco-obstetrícia;
- Consultas de Enfermagem;
- Serviço de remoção/ transporte de pacientes em situações de urgência e emergência para o Hospital Municipal.

•Unidade Básica de Saúde Bairro C - Localizada em bairro que apresenta boa infra-estrutura e cuja população residente é constituída de várias classes sociais. No bairro, predominam áreas residenciais, sendo numerosa a população carente. Mas é crescente e presente o comércio e pequenas indústrias. A área física da Unidade Básica de Saúde é de aproximadamente 203m², em prédio de alvenaria, locado pela Prefeitura Municipal e pertencente às Irmãs Franciscanas. A referida congregação religiosa é ligada a paróquia local, e nesse bairro, desenvolvem um trabalho social há muito tempo. Como os demais, se caracteriza pelo atendimento da demanda espontânea nas clínicas básicas, (pediatria, gineco-obstetrícia, clínica médica), desenvolvendo os serviços e programas a seguir:

- Programa de Imunização;
- Programa de Planejamento Familiar;
- Programa de Saúde Bucal;
- Programa da Saúde da Mulher, pré-natal, e prevenção de câncer de colo – uterino e mama;
- Serviços de auxílio diagnóstico e terapia:
 - administração de medicação injetável;

- coleta de material para Exames Laboratoriais;
- curativos, retirada de pontos;
- atendimento de Farmácia, aviação de receitas;
- verificação de pressão arterial, nebulizações;
- Consultas médicas nas clínicas básicas, Pediatria, Clínica Geral, Gineco-obstetrícia;
- Consultas de Enfermagem;
- Grupos de Gestantes, Hipertensos;

•Unidade Básica de Saúde – Bairro D: Unidade localizada próximo à divisa entre dois bairros, sendo que um constitui-se de população muito pobre e outro é um bairro com boa infra-estrutura, forte comércio e indústrias de pequeno e médio porte. Esta Unidade Básica de Saúde apresenta área de 60m², de alvenaria. Sua origem proveio de uma unidade sanitária da Secretaria Estadual de Saúde. Projeto arquitetônico padrão e destinava-se ao atendimento de pequenas populações rurais, e era classificada, na época, como Posto de Saúde. Assim, hoje apresenta deficiência quanto à área física, bem como sua localização fica distante da população que mais necessita de atendimento. Caracteriza-se pelo atendimento à demanda nas clínicas básicas - Pediatria, Gineco-obstetrícia, Clínica Geral. Não conta com Enfermeiro(a). Segundo os registros da Secretaria Municipal de Saúde são desenvolvidos nesta unidade os programas e serviços a seguir:

- Programa de Imunização;
- Programa de Planejamento Familiar;
- Programa da Saúde da Mulher, pré-natal, e prevenção de câncer de colo – uterino e mama;

- Serviços de auxílio diagnóstico e terapia:
 - administração de medicação injetável;
 - coleta de material para Exames Laboratoriais;
 - curativos, retirada de pontos;
 - atendimento de Farmácia, aviamento de receitas;
 - verificação de pressão arterial, nebulizações;
- Consultas médicas nas clínicas básicas, Pediatria, Clínica Geral, Gineco-obstetrícia.

•Unidade Básica de Saúde – Bairro E: Esta Unidade está localizada em bairro periférico da cidade e cuja população residente é composta por trabalhadores. O bairro é constituído por residências do Projeto Cohab, tendo casas com padrão de arquitetura comuns e blocos prediais residenciais, também de arquitetura padrão. A unidade não foi construída para esse fim. É na verdade, uma casa que sofreu adaptações para receber essas funções. O atendimento se caracteriza pelo atendimento á demanda espontânea nas clínicas básicas - pediatria, gineco-obstetrícia, clínica geral. Não conta, como a anterior, com o serviço de odontologia e não há enfermeiro(a). São desenvolvidas os seguintes programas e serviços, segundo informações obtidas:

- Programa de Imunização;
- Programa de Planejamento Familiar;
- Programa da Saúde da Mulher, pré-natal, e prevenção de câncer de colo – uterino e mama;
- Serviços de auxílio diagnóstico e terapia:
 - administração de medicação injetável;

- coleta de material para Exames Laboratoriais;
- curativos, retirada de pontos;
- atendimento de Farmácia, aviamento de receitas;
- verificação de pressão arterial, nebulizações;
- Consultas médicas nas clínicas básicas, Pediatria, Clínica Geral, Gineco-obstetrícia.

Essas são as Unidades Básicas de Saúde que estão localizadas no perímetro urbano da sede do município. Apresentamos, a seguir, as duas unidades consideradas em especialidades.

•Unidade de Saúde Mental – Núcleo de Saúde Mental: Localizada próxima à Unidade Sanitária do Bairro A. Fica distante do centro da cidade e é referência para o serviço público em saúde mental. Atua com quatro psicólogos, um médico clínico geral, um auxiliar de enfermagem e um agente de saúde mental. Não conta com enfermeiro(a), a não ser em atividades de parceria com a UBS – Bairro A. As ações desenvolvidas, segundo dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, consistem em:

- Atendimento em grupos:
 - grupo de triagem;
 - grupo de avaliação;
 - grupo terapêutico;
 - grupo de acompanhamento a pais;
 - atenção ao psicótico;
 - grupo terapêutico;
 - grupo de acompanhamento a familiares;

- praxiterapia;
- socioterapia;
- participação na multiarte (atividades de artesanato)
- Atenção ao Alcoolismo;
- Avaliação psicológica para Ensino Especial, para a Secretaria Municipal de Educação e Cultura;
- Consultas médicas;
- Encaminhamentos para avaliação neurológica e psiquiátrica, quando necessária. Estas avaliações são tercerizadas, a Secretaria Municipal de Saúde, não dispõe destes profissionais em seu quadro funcional.
- Fornecimento de medicação psicotrópica de acordo com os critérios estabelecidos.

•Centro de Referência da Mulher: Localizado no perímetro central da cidade, próximo ao Hospital Municipal, tem como função ser referência para o serviço de prevenção do câncer de colo uterino e mama. Conta com uma equipe constituída por gineco-obstetras, oncologista, enfermeira e técnico de enfermagem. Desenvolve atividades a partir de encaminhamentos agendados desenvolvendo as atividades a seguir:

- biópsias de colo uterino;
- biópsias de mama;
- cauterização de colo uterino;
- curativos ginecológicos, retirada de pontos;
- exame citopatológico de colo uterino e mama;
- orientações sobre auto – exame de mama;

- avaliação pré e pós cirúrgica para histerectomia, mastectomia;

O Sistema Municipal de Saúde conta ainda, no que se refere ao serviço de atendimento ambulatorial, com quatro Unidades Básicas de Saúde localizadas nos distritos, e que têm seu funcionamento e características que apresentamos a seguir:

- UBS – Distrito A: Localizada na sede do Distrito, em prédio de alvenaria, com aproximadamente 100 m² de área, construída para esse fim. Apresenta boas condições para o atendimento a que se propõe. Desenvolve atendimentos de enfermagem diariamente através de um auxiliar de enfermagem. O atendimento médico e odontológico ocorre uma vez por semana, às 4^a feiras, em um turno. São atividades de rotina lá desenvolvidas:
 - Atendimento de enfermagem compreendendo; administração de medicação injetável, curativos, verificação de pressão arterial, e demais sinais vitais e aviamento de receitas;
 - Programa de Imunizações;
 - Consultas médicas em clínica geral;
 - Atendimento odontológico;
- Unidade Básica de Saúde – Distrito B: Localizada na sede do distrito, em prédio locado junto à casa de religiosas. É uma construção antiga e não adequada ao serviço a que se destina. O atendimento se caracteriza pelo atendimento à demanda, sendo que seu funcionamento diário é feito pela enfermagem através de um auxiliar de enfermagem e uma atendente de enfermagem. Há atendimento médico e odontológico uma vez por semana, às 5^a feiras, pelo turno da tarde - das 12 horas às 15 horas). São atividades desenvolvidas:

- Atendimento de enfermagem compreendendo; administração de medicação injetável, curativos, verificação de pressão arterial, e demais sinais vitais, aviamento de receitas;
 - Programa de Imunizações;
 - Consultas médicas em clínica geral;
 - Atendimento odontológico;
- Unidade Básica de Saúde – Distrito C: Localizada também na sede do Distrito, em prédio adaptado para o atendimento e cujas condições também não são adequadas. Apresenta o mesmo perfil de funcionamento das demais Unidades Básicas de Saúde dos distritos. Seu funcionamento diário fica a cargo de uma Técnica de Enfermagem, e o atendimento médico e odontológico ocorre às 5ª feiras, pelo turno da tarde. São atividades desenvolvidas:
 - Atendimento de enfermagem compreendendo; administração de medicação injetável, curativos, verificação de pressão arterial, e demais sinais vitais, aviamento de receitas;
 - Programa de Imunizações;
 - Consultas médicas em clínica geral;
 - Atendimento odontológico;
- Unidade Básica de Saúde – Distrito D: Localizada na sede do distrito, em prédio de alvenaria, projeto padrão da Secretaria Estadual de Saúde, construída para atendimento em comunidades rurais. Tem 60 m² de área. Apresenta as mesmas características de funcionamento das demais unidades localizadas em distritos, sendo que seu funcionamento diário fica a cargo de um Auxiliar de Enfermagem, e o

atendimento médico e odontológico se dá às 5ª feiras, no turno da tarde. São atividades desenvolvidas:

- Atendimento de enfermagem compreendendo; administração de medicação injetável, curativos, verificação de pressão arterial, e demais sinais vitais, aviamento de receitas;
- Programa de Imunizações;
- Consultas médicas em clínica geral;
- Atendimento odontológico;

Na composição do sistema de saúde público ambulatorial há ainda três outras unidades de atendimento odontológico ligadas a instituições de ensino e creches, mas administradas pela Secretaria Municipal de Saúde. A ação de enfermagem, nesses serviços, está presente em duas, através de Auxiliares de Enfermagem.

A região, constituída de 31 municípios pertencentes à 11ª Coordenadoria Regional de Saúde, conta com 23 hospitais. Dois desses hospitais localizam-se no município onde se desenvolveu este estudo. Como já foi dito, um é hospital municipal, o outro, uma instituição filantrópica que não atende pelo SUS atualmente. O Hospital Municipal, além de ser referência para o Sistema Municipal de Saúde, o é também para os demais municípios da região, pois possui maior capacidade resolutiva junto ao sistema loco - regional do SUS.

O Hospital Municipal, com duzentos leitos, é um hospital geral, com prestação de serviços em determinadas especialidades, consideradas de alto custo junto ao SUS. Dentre elas destacamos o serviço de oncologia com quimioterapia e radioterapia, e o serviço de hemodiálise. O Hospital Municipal possui um laboratório central, que atende, inclusive, a rede ambulatorial, e do mesmo modo funciona o serviço de radiodiagnóstico. Como Hospital Geral, conta ainda com unidade de terapia intensiva - adulto geral e pediátrica - entre outros

serviços. Seus recursos humanos têm se mantido, considerando o número de leitos por servidores, em torno de 1,93 servidores/leito. Neste conjunto de servidores, há 15 enfermeiros distribuídos em várias funções e serviços. Destacamos, que referente a esses dados, não foram considerados os profissionais dos serviços terceirizados existentes no Hospital.

A "Farmácia de Manipulação Municipal" é, na verdade, uma pequena "indústria farmacêutica", na medida que produz medicamentos em série, com fórmulas tradicionais de produtos considerados genéricos. A produção resultante é distribuída, através das farmácias das Unidades Básicas de Saúde, para a população que apresente indicação de uso.

O município conta ainda com um bom número de clínicas privadas nas diversas áreas de saúde, entre outros serviços de auxílio diagnóstico e terapia.

Considerando as Unidades Básicas de Saúde como parte do foco em estudo, apresentaremos mais alguns aspectos relativos a elas: os recursos humanos, e os aspectos gerais relacionados à dinâmica dos serviços. Tais informações permitem uma visão do contexto em que atua a enfermagem, possibilitando estabelecer maior clareza no campo de sua prática e a compreensão dos fatores relativos à implementação ou não dos princípios do SUS. Sabe-se que é condição necessária a essa implementação haver, no campo de trabalho, uma estrutura física, recursos materiais, humanos e organizacionais, adequados com às necessidades da população e da própria complexidade das ações, serviços, programas desenvolvidos.

Observa-se, no Quadro I, que apresentamos a seguir, a composição dos recursos humanos da rede de Unidades Básicas de Saúde.

Quadro I – Recursos humanos por categoria profissional e distribuição nas Unidades Sanitárias do município

Unidades Básicas de Saúde	CATEGORIAS PROFISSIONAIS									
	Enfermeiro	Téc. de Enfermagem	Auxiliar de Enfermagem	Médico	Cirurgião Dentista	Nutricionista	Aux. Administrativo	Aux. Ser. Médicos (Atend.)	Zeladora	Total
UBS – Centro	03	01	09	20	04	01	06	02	04	50
UBS – A	01	03	03	04	02	00	00	00	01	14
UBS – B	01	04	07	08	02	00	02	00	02	26
UBS – C	01	02	02	04	02	00	00	00	01	12
UBS – D	00	01	02	03	00	00	00	00	01	07
UBS – E	00	01	02	03	00	00	00	00	01	07
UBS Distrito – A	00	00	01	01*	01*	00	00	00	00	01
UBS Distrito – B	00	00	01	01*	01*	00	00	01	00	02
UBS Distrito – C	00	00	01	02*	01*	00	00	00	00	01
UBS Distrito – D	00	01	00	01*	01*	00	00	00	00	01
UEO – Escola A	00	00	01	00	02	00	00	00	00	03
UEO – Escola B	00	00	01	00	02	00	00	00	00	03
UEO – Escola C	00	00	00	00	02	00	00	00	00	02
CentroRef. Mulher	01	01	00	03	00	00	00	00	00	05
Total	07	14	30	45	16	1	8	3	10	134

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/1999

* Profissional deslocado de outra UBS para atendimento uma vez na semana; assim não somado no total.

Como podemos verificar no quadro, há seis profissionais enfermeiros(as) atuando nas Unidades Básicas de Saúde. Há dois outros atuando junto à Secretaria Municipal de Saúde e outro profissional atuando junto ao Centro de Referência da Mulher, cujo perfil de atividade, já apresentado, é um serviço em oncologia, atendendo aos casos encaminhados.

Identifica-se nesse quadro, que de um total de 134 servidores, a enfermagem de nível médio representa 32,83% e os enfermeiros(as) representam 5,22% dos recursos humanos atuando na rede de unidades. Os médicos representam 33,58% do total dos recursos humanos existentes. Esses aspectos são de significativa importância para análise, considerando o perfil de trabalho de cada categoria e que serão melhor explorados neste estudo, quando da análise dos dados.

Outro aspecto a ser observado nesse quadro é a composição das categorias profissionais. Considerando a complexidade dos serviços e programas a que se propõe desenvolver, há deficiências relativas à equipe multiprofissional.

Considerando este trabalho, além dos recursos humanos da rede de Unidades Básicas de Saúde, contida no quadro I, apresentaremos a relação por categoria profissional e funções dos servidores que compõem a Secretaria Municipal de Saúde, além do secretário, porque ela teve envolvimento direto no trabalho. Vejamos sua composição a seguir:

- Enfermeiros: 2 profissionais, dois em coordenação de programas e um sendo o Coordenador Geral da Secretaria;
- Médico Auditor / Autorizador: 1 profissional;
- Técnico de Enfermagem: 1 profissional, atuando como apoio na coordenação de programas;
- Auxiliares Administrativos: 3 servidores;
- Recepcionistas/Telefonistas: 2 servidores;

- Auxiliar de Assistência Social: 1 profissional, atuando nos encaminhamentos para tratamento fora do domicílio;
- Chefe do Almoxarifado: 1 servidor;
- Motoristas: 3 profissionais;

Devemos salientar que, em razão de a Secretaria Municipal de Saúde estar localizada junto à Unidade Básica de Saúde Centro, as funções desenvolvidas pelos profissionais enfermeiros, médico, entre outros, da Secretaria, são em muitos casos acrescidas de atividades da Unidade Básica de Saúde. Como exemplo, os enfermeiros(as) que atuam na coordenação de programas na Secretaria, acabam também atendendo a alguns desses na Unidade Básica Centro. O médico, por exemplo, além de desenvolver as funções pertinentes à auditoria / autorização dos laudos de solicitação para emissão de AIH – Autorização de Internação Hospitalar - também atende, em determinados dias, pacientes.

Quanto à dinâmica do atendimento e funcionamento dos serviços, considerando a rede de UBS como um todo, temos, a partir de nossa observação, a destacar como pontos relevantes e a serem descritos considerando o tema deste trabalho:

- atendimento à demanda espontânea;
- pouca articulação entre os serviços e programas;
- inexistência de um sistema de referência e contra – referência;
- desarticulação entre as Unidades Básicas de Saúde e o Hospital Municipal;
- falta de um sistema de informação por área de abrangência de cada UBS;

- as Unidades Básicas de Saúde não dispõem de espaço físico adequado e/ou apresentam deficiências para o desenvolvimento de atividades de caráter coletivo.

Nesta breve descrição podemos estabelecer aspectos relevantes do contexto em que se desenvolvem as ações de saúde pública do município. E que de modo geral, retrata a realidade dos diversos sistemas municipais existentes no País. Deste modo, nos permitir uma reflexão crítica sobre o modelo teórico do SUS e o instrumento operacional para sua implementação, traduzido pelo sistema municipal de saúde.

Os Sistemas Municipais de Saúde tem sua origem, na maioria das vezes, nas estruturas físico – funcionais recebidas dos governos estadual e federal por razão do processo de descentralização advindo com as municipalizações de saúde. A maior parte dos municípios não contavam com estruturas próprias na área de saúde antes dos anos 80, pois esta atribuição estava a cargo da União e do Estado. No município onde o estudo ocorreu, a Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente foi constituída em novembro de 1989, sendo esta uma primeiras, entre os municípios pertencentes a 11ª Coordenadoria Regional de Saúde.

Tem-se deste modo a evidência, que a municipalização da saúde, mola mestra da construção do SUS, tem sua implementação de fato a partir do repasse dos recursos físicos e humanos para a gestão do município. Este último enquanto gestor, sem história de atuação nesta área, recebe as estruturas físico – funcionais, ora denominadas de U.S. - Unidades Sanitárias pelo Estado, e PAM's – Postos de Assistência Médica, pertencentes ao ex – INAMPS, e os respectivos recursos humanos já existentes, com a atribuição de unificar de fato estes sistemas, e de estabelecer em suas ações os princípios de integralidade, participação social, universalidade, equidade e participação social.

As estruturas físico - funcionais existentes, portanto, tem sua origem em um modelo médico hegemônico, seja, que não contempla espaços para o desenvolvimento de ações coletiva, e da atuação multiprofissional. No modelo de

origem, os profissionais médico, cirurgião dentista e a enfermagem são dominantes. A enfermagem atuando como elemento complementar, auxiliar do médico, ou seja em função da atuação deste. A enfermagem representada, principalmente nos serviços ambulatoriais público dos anos 80, pelos atendentes, auxiliares de enfermagem. O Enfermeiro(a) um profissional raro, desconhecido nos ambulatórios públicos de saúde, principalmente em Unidades Sanitárias.

Os recursos humanos que atuam hoje no setor, do mesmo modo, são oriundos do modelo hegemônico. Na composição portanto das equipes que atuam nos serviços ambulatoriais públicos tem, considerando profissionais de nível superior, nítida predominância médica e não contemplando a multiprofissionalidade necessária para o enfrentamento dos problemas de saúde coletiva. A abordagem, aliás não consegue assim atender ao conceito coletivo de saúde.

Neste contexto encontramos os enfermeiros(as), que apesar de ter ainda sua formação em grande parte dirigida para o modelo hegemônico, é o profissional que apresenta um perfil potencial para o fortalecimento do modelo contra – hegemônico proposto pela Reforma Sanitária. Modelo que permita responder aos problemas coletivos de saúde, através de ações fundadas na integralidade e multiprofissionalidade, interdisciplinaridade.

O contexto em que o estudo ocorreu portanto, retrata a realidade de um sistema local de saúde, que como muitos, está a dar seus passos na construção do Sistema Único de Saúde. Com imperfeições, indefinições e certamente ainda muito mais próximo do modelo médico hegemônico do que o proposto pela Reforma Sanitária.

2.0 – Objetivos

2.1- Objetivo Geral

Refletir, com um grupo de profissionais, sobre a prática e a política de saúde existentes, suas consonâncias e dissonâncias nas Unidades Básicas de Saúde – UBS.

2.2 - Objetivos Específicos

- Identificar as consonâncias e dissonâncias entre a prática nas Unidades Básicas de Saúde e a política do Sistema Único de Saúde;
- Proporcionar um processo ensino – aprendizagem, sobre as referências teóricas e políticas do Sistema Único de Saúde – SUS;
- Refletir com o grupo sobre a implementação da filosofia do Sistema Único de Saúde na prática assistencial das Unidades Básicas de Saúde;

3.0 – Revisão da Literatura

3.1 – O Sistema Único de Saúde

3.1.1 - Evolução Histórica do Sistema Único de Saúde

Para realizarmos um estudo crítico do SUS - Sistema Único de Saúde é indispensável iniciarmos por uma breve revisão da sua história recente. Para tal, devemos nos remeter aos anos 70 e rever sob que influências o setor saúde se apresentava para a década de 80, na qual se estabeleceu em lei o SUS. É importante identificar qual era o contexto político - econômico no qual o Brasil estava inserido, bem como destacar os eventos internacionais ligados à saúde que, de maneira direta ou indireta, influenciaram na sua constituição.

O Brasil dos anos 70 consolidou um modelo de assistência à saúde: o Médico - Assistencial Privatista, que tinha como características básicas:

- a) a cobertura assistencial ao trabalhador - contribuinte, urbano e rural, objetivando uma cobertura "quase plena";
- b) o privilégio à prática médica curativa, individual, especializada e assistencialista, em detrimento da Saúde Pública;
- c) o financiamento do Estado (contribuição do trabalhador) que possibilitava a constituição de um complexo médico - industrial;

d) a organização do sistema de saúde a partir do lucro, pois o sistema público de saúde era pouco fortalecido em face do crescimento do setor privado, que prestava assistência através da venda de serviços ao Estado, assim propiciando a capitalização da medicina.

Esse modelo foi possível no Brasil devido à conjuntura política do período, que se caracterizava pelo regime de ditadura militar, e, na economia, pelo milagre econômico. O modelo propiciava o fortalecimento da tecnoburocracia estatal e um sistema centralizador, ao mesmo tempo em que favorecia o processo de capitalização das empresas médicas e a conseqüente incorporação tecnológica, à medida que os pagamentos de serviços prestados levavam em consideração, em seus valores, tais características. Nos anos 70, portanto, o modelo hospitalocêntrico é dominante e fortalecido e o setor privado tem um crescimento médio de mais de 20% ao ano em leitos hospitalares. As internações, pela Previdência, entre 1971 a 1977, cresceram 322%.

Segundo Mendes, o modelo médico - assistencial privatista tem assento no seguinte tripé:

- “1º - o Estado como grande financiador do sistema através da Previdência Social;
- 2º - o setor privado nacional como o maior prestador de serviços de atenção médica;
- 3º - o setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, especialmente equipamentos biomédicos e medicamentos;” (Mendes, 1995, p.26)

Tal modelo, contudo, não apresentava capacidade de cobertura assistencial satisfatória, e seus custos se tornariam insuportáveis a médio prazo. E isso fica comprovado, pois, já no final da década, vislumbrava-se o fim do milagre econômico, que se apresentava em função de dificuldades no quadro internacional e nacional. Concomitante a isso, havia técnicos comprometidos com um movimento contra hegemônico, vindo das universidades, dos Departamentos de Medicina Preventiva, catalisados pela OPAS – Organização

Pan-americana de Saúde, com pensamento crítico sobre a saúde, dando origem ao que viria a constituir-se no movimento sanitário.

Na esfera mundial, a Conferência de Alma - Ata, patrocinada pela OMS – Organização Mundial de Saúde em 12.09.78, propõe como meta mundial, a saúde para todos até o ano 2000, chamando a atenção para a responsabilidade dos governos pela saúde de seus povos, que devem, mediante adequadas medidas sanitárias e sociais, buscar atingir níveis de saúde que propiciem aos povos levar uma vida social e economicamente produtiva, apresentando, como chave para a conquista dessa meta, “Os Cuidados Primários de Saúde”. Essa meta, indicativo do Estado de Bem Estar Social, é elemento fortalecedor para a constituição do movimento sanitário brasileiro.

O Estado de Bem Estar Social, em crise como modelo mundial no início dos anos 80, encontra o Brasil sob o regime político da ditadura militar. E, nesse período, a inflação crescente marcava o fim do milagre econômico brasileiro e o início de uma profunda e crescente crise econômica, que teve grande influência no processo de redemocratização nacional. Economicamente, foi considerada por muitos como a década perdida. Identifica-se a origem da profunda crise orgânica do Estado, a inflação, que tem como elementos a deterioração da situação cambial, a crise financeira e fiscal internamente, e externamente pelo esgotamento da liquidez internacional, pela dívida externa, pelo realinhamento dos blocos geopolíticos.

Politicamente, com a derrota do governo nas eleições estaduais, acrescido da condição recessiva existente, possibilitou que alianças democráticas fossem fortalecidas, elegendo-se Tancredo Neves para Presidente da República, sendo que em março de 1985, José Sarney passa a conduzir a chefia do Estado Brasileiro, em função da morte de Tancredo Neves, instalando-se a Nova República, que tinha como agenda três eixos principais, segundo Mendes:

- a) *Definição de um novo padrão de desenvolvimento, combinando crescimento econômico com distribuição e associado, necessariamente, a uma nova inserção no cenário geopolítico e econômico internacional;*
- b) *a definição de um novo arcabouço jurídico institucional;*

c) a explicitação de um novo padrão de política social para o País, que supera - se a imensa dívida social acumulada durante os governos autoritários; (Mendes, 1995 p. 33)

Esse constitui o pano de fundo para o chamado movimento sanitário brasileiro que, por um lado, a partir do paradigma sanitário (Paim, 1997) no meio acadêmico, associado à luta pela democratização da sociedade brasileira, com a participação ativa de sindicatos, partidos políticos, movimentos populares, dá o impulso e coesão para o início da organização de pessoas e a articulação em torno de um projeto de mudanças para o setor saúde.

A nível institucional brasileiro, evidencia-se uma coincidência entre a proposta internacional - Os Cuidados Primários de Saúde / Alma-Ata e a necessidade de desenvolver-se uma modalidade assistencial de baixo custo para os contingentes populacionais excluídos pelo modelo médico assistencial privatista, representado pelo então INPS/INAMPS. Essa condição possibilitou o desenvolvimento, no País, de propostas de atenção primária em saúde, de modo seletivo aos marginalizados do sistema de saúde dominante, com baixo custo e com a utilização de recursos marginais ao "grosso do orçamento", mantendo-se os recursos maiores no custeio da assistência médica individual - curativa.

Também no início dos anos 80, foi constituído o PREV - SAÚDE, fundamentado nos princípios de Alma - Ata, com base técnica no PIASS e respaldado politicamente pela VIIª Conferência Nacional de Saúde, conferência de caráter técnico institucional e cujo tema foi a implantação de uma rede básica de saúde, criando-se uma comissão interministerial, com o objetivo de coordenar as ações conjuntas de diferentes ministérios: a CIPLAN - Comissão Interministerial de Planejamento. O PREV - SAÚDE teve anunciado seu "lançamento", mas, na verdade, nunca foi apresentado à sociedade de forma clara. Segundo consta, tinha como base princípios e diretrizes transformadoras para o sistema de saúde em vigência - atenção primária, serviços básicos, descentralização, participação. Porém não obteve viabilização em função de contrariar interesses de segmentos importantes do setor privado da saúde, que

davam sustentação política ao sistema, tudo ocorrendo em um período pré – eleitoral. Eleição para governos estaduais.

Em 1982, com base técnica no PREV - SAÚDE, buscou-se uma reordenação de assistência à saúde, após ter sido reconhecida a crise da Previdência, aprovando-se o pacote da Previdência, que reduzia benefícios e aumentava alíquotas de contribuição. Criou-se o CONASP - Conselho Consultivo de Saúde Previdenciária, junto ao Ministério da Previdência e Ação Social. O CONASP, contudo, propôs um novo plano de ação, que tinha como intenção provocar uma reversão gradual no modelo médico assistencial, através do desenvolvimento de uma de suas linhas de ação programática as chamadas Ações Integradas de Saúde - AIS.

As Ações Integradas de Saúde tinham como propósitos, de forma sintética, a integração, e a unificação dos serviços públicos de saúde, assim resultando na busca da integralidade das ações de saúde, bem como construir um mecanismo de referência e contra - referência da assistência, a partir do nível local e da descentralização aos municípios. As Ações Integradas de Saúde também foram fundamentais na ampliação do compromisso do poder público municipal com o setor, pois a estratégia consistia no repasse de recursos para os municípios e estes contratavam serviços ou desenvolviam serviços próprios de assistência à saúde. Os municípios, raros tinham ações, serviços de saúde próprios ou desta participavam diretamente antes das AIS. Assim, consideramos essa estratégia a precursora do processo de descentralização da saúde, bem como a responsável pelo desenvolvimento inicial das Secretarias Municipais de Saúde e/ou órgãos equivalentes na grande maioria dos municípios do país.

As AIS tiveram seu início de implantação em 1983, sendo que somente em 1985 atingiram um número expressivo de municípios. Foi considerado essa a política oficial da Nova República. Como elemento importante além da descentralização, identificou-se a POI - Programação e Orçamentação Integrada. Um dos dispositivos do programa foi a ampliação dos orçamentos públicos no setor saúde. Até então, o orçamento estava destinado, de forma majoritária, para à compra de serviços do setor privado.

As críticas feitas às Ações Integradas de Saúde residem em sua condução, pois evidenciou-se por exemplo, o clientelismo político no repasse dos recursos. Outra crítica incide sobre a forma convenial na relação entre União, os Estados e Municípios. Estes últimos tinham o papel de prestadores de serviços, ou seja, a mesma relação existente entre o INAMPS e os serviços médicos conveniados, sem considerações para um projeto maior para o País, para a sociedade.

Em 1986, precisamente em 17 a 20 de março, ocorreu o evento político - sanitário mais importante da década: a VIIIª Conferência Nacional de Saúde, cujos temas centrais foram: Saúde como Direito; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; Financiamento Setorial.

Sua importância resultou na participação democrática de quase todas as forças sociais interessadas no setor. E marcou ainda pela confluência de Conferências Estaduais e Municipais, que aconteceram em todo o País. Como resultado, ficou a expressão "Reforma Sanitária" - uma concepção progressista, marcada por um conceito ampliado de saúde, saúde - cidadania, e a convicção da necessidade de reorganização do Sistema Nacional de Saúde vigente para um sistema único, coordenado por um único Ministério, se quisermos sintetizar maximamente o que foram considerados como objetivos iniciais desta proposta.

Destacamos o Movimento Sanitário Brasileiro, que teve grande importância nessa Conferência Nacional, pois trouxe, de forma clara, a realidade sanitária brasileira, e as evidências de que o modelo dominante não apresentaria condições de superação dessa realidade. Introduziu, para debate, concepções conceituais "novas" em consonância com a realidade nacional. Procurou discutir as relações entre saúde - sociedade, saúde e Estado, e denunciou a mercantilização da saúde no País.

Os princípios que nortearam a Reforma Sanitária proposta pela VIIIª Conferência Nacional de Saúde podem ser assim sintetizados: O direito à saúde e à universalidade da assistência; descentralização, com comando único em cada

esfera de governo, (União, Estado e Município); hierarquização e regionalização do sistema; integralidade na assistência; participação social na gestão do setor.

Como desdobramento imediato da VIIIª C.N.S. resultou um conjunto de trabalhos técnicos desenvolvidos pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que tiveram grande influência como instrumentos político - ideológicos para a Nova República e que, apesar da influência de setores conservadores e da resistência, principalmente do INAMPS, na perda de controle central, sinalizou ao governo a necessidade de mudanças. Assim, o governo implantou através do Decreto 94.657, de 20 de julho de 1987, o SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde nos Estados.

Os então Ministros Roberto Santos e Raphael de Almeida Magalhães, respectivamente Ministério da Saúde e da Previdência e Assistência Social, apresentaram junto ao Presidente da República os motivos desse projeto que em síntese, destacamos os seguintes pontos do documento E.M. - Exposição de Motivos - n.º 031 em 10/07/87:

1º - Necessidade da consolidação e desenvolvimento qualitativo das AIS.

2º - A proposta da Reforma Sanitária na reformulação do Sistema Nacional de Saúde, através da Institucionalização de um Sistema Unificado de Saúde.

3º - Assinala ainda, que tal processo de reformulação do sistema de saúde tem seu foro legítimo no Congresso, e que dependerá de novos postulados constitucionais, onde seja reconhecido a saúde como um direito de cidadania e como dever do Estado. E, num segundo momento, a reformulação da Lei do Sistema Nacional de Saúde, derivado desta.

4º - Dados os compromissos da Nova República de resgate da dívida social, entendem, esses Ministérios, que é necessário estabelecer bases políticas comuns, de curto prazo, coerentes com os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária, e aprofundar as experiências de integração alcançadas pelas AIS.

5º - Entendem, ainda, que as AIS significam um movimento de reorganização setorial e em consonância com a reforma sanitária, na busca de superar a atual organização sanitária, centralizada e desordenada, e em busca de novas formas de organização, descentralizada, integrada e democratizada, com gestão colegiada, com objetivo de atender às necessidades da população definidas na Política Nacional de Saúde, segundo critérios epidemiológico - sociais.

6º - Em consequência da reconcepção teórica e operativa das AIS, deverá induzir a uma unificação com descentralização, o que conduzirá à recolocação de um novo entendimento da federação, fundado na cooperação e na integração e não na competição, na dispersão e na compartimentação das responsabilidades.

7º - *Definiu as atribuições nos três níveis federativos, bem como elementos para a elaboração do Plano Nacional, Estadual e Municipal de Saúde, redefiniu políticas em relação aos Recursos Humanos para o setor, manifestou a necessidade de repensar as funções da CEME, SUCAM, INAM, FSESP, Fundação Oswaldo Cruz, de acordo com as diretrizes de descentralização. Em relação ao INAMPS, a necessidade de reduzir sua estrutura e adapta-lo para funções de planejamento, orçamentação, acompanhamento.*

8º - *Constituição dos Distritos Sanitários, não de forma rígida mas em consonância com os princípios da reforma sanitária.*

9º - *Destinar recursos do orçamento da União e recursos extra - orçamentários prioritariamente aos projetos inseridos nos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, incluindo nesta relação o FAS, FINSOCIAL e o FINAME (Brasil, 1987).*

Destaca-se que o SUDS teve dois momentos distintos. 'Num primeiro momento tentou realizar os princípios da reforma sanitária brasileira e preparar a transição do SUDS para o SUS; e num segundo, ainda que se apropriando dos princípios da reforma sanitária e com justificativa de superar distorções cometidas na gestão anterior, tentou coibir as ações políticas de fundo, perpetradas no primeiro momento (Mendes, 1995, p.44).

Destacamos, como aspectos positivos do SUDS, sua implementação prática: a "desconcentração" para os Estados e destes, para os Municípios, das ações de saúde e seu financiamento; a diminuição relativa das transferências de recursos para o setor privado e a conseqüente desestabilização do INAMPS enquanto instituição sustentadora do modelo médico - assistencial privatista; o aumento do controle sobre as fraudes; o reforço das decisões colegiadas com a constituição das Comissões Interinstitucionais de Saúde, em níveis estadual e municipal; o aperfeiçoamento da Programação e Orçamentação Integrada - POI como mecanismo de planejamento integrado; e principalmente, o reforço da Universalização da Assistência.

Como aspectos negativos do SUDS, apresentamos: que em função do arcabouço jurídico disponível, o modelo ainda era centralizador, não havendo significativa mudança na qualidade e resolutividade da assistência prestada, apesar do aumento da cobertura; o clientelismo político no repasse dos recursos; as deficiências na constituição das Comissões Interinstitucionais de Saúde - CIS's , CRI's e CIMS, que não apresentavam um modelo que pudesse garantir a participação da sociedade como previsto na Reforma Sanitária.

O SUDS gerou, assim, as primeiras municipalizações da saúde, que foram recebidas como um caminho para garantir a assistência à população e os recursos para os Executivos Municipais prestá-la. Contudo, a crise econômica com o fracasso do Plano Cruzado, as concepções neoliberais chegando à América do Sul e a luta da direção do INAMPS para manter-se, contrários aos "ventos reformistas", causaram desarticulação e deficiências nos repasses dos recursos. Essa situação colocou em risco a credibilidade das primeiras municipalizações, pois, foi entendido pelos executivos municipais, e por uma parte da sociedade que se estava repassando aos municípios somente os compromissos com o setor, sem garantia dos recursos para financiá-los. A expressão de não confiabilidade com relação à União como parceiro nesse processo faz-se corrente como forma de inibir os avanços da proposta. O poder administrativo do INAMPS gerou sucessivas quedas de Ministros na Previdência Social em suas articulações para não perder o poder, previsto nesse processo.

No nível internacional, devemos destacar a ocorrência da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em novembro de 1986, Ottawa, Canadá. Essa Conferência, foi uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, foi um movimento mundial. Suas discussões focalizaram, principalmente, as necessidades em saúde nos países industrializados, porém, não dispensando os problemas em outras regiões do globo. Teve, como base, os "progressos alcançados com a Declaração de Alma Ata - Cuidados Primários em Saúde, o documento da OMS - Saúde Para Todos, e o debate ocorrido na Assembléia Mundial de Saúde - Ações Intersectoriais para a Saúde" (Brasil, 1996a p.11). O resultado dessa conferência sintetiza-se no documento Carta de Ottawa, que traz, entre outros, um conceito mundial de Promoção da Saúde, e outros conceitos que irão influenciar e reforçar concepções na saúde pública mundial e a reforma sanitária no Brasil.

No Brasil, porém, o momento político da Constituinte, de intensa organização social, possibilitou espaço democrático para a negociação e a possibilidade de garantir o SUS na Constituição Federal. Vários foram os atores nessa luta. E dentre esses destacamos: o Movimento Sanitário, constituído nos

meios acadêmicos (ABRASCO / CEBES e outras); congressistas mais progressistas; CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (criado em abril de 1988, resultado do movimento dos dirigentes municipais de saúde); movimento Sindical; organização dos Trabalhadores de Saúde.

Nesse mesmo ano, em abril, na Austrália, ocorria a Conferência de Adelaide, na cidade que lhe deu o nome, cujo tema central foi As Políticas Públicas Voltadas para a Saúde. Essa conferência manteve a direção já estabelecida nas Conferência de Alma Ata e Ottawa.

No Brasil, definitivamente com a promulgação da Constituição Federal, em outubro de 1988, ficou legalmente instituído o Sistema Único de Saúde, porém, em processo de construção, pois havia a necessidade de leis complementares. E ainda hoje, precisam ser colocadas em prática para com a sociedade.

Em decorrência da nova Constituição Federal, o ano de 1989 caracterizou-se pela elaboração das Constituições Estaduais e, posteriormente, em 1990 pelas Leis Orgânicas Municipais que de modo geral seguiram o texto da Carta Magna, com adaptações regionais.

O início dos anos 90, coincidindo com a instalação de um novo governo - o Governo Collor de Mello - exigia-se a complementação do arcabouço jurídico para a viabilização do SUS, que foi a Lei Orgânica da Saúde 8080/90 e a Lei 8142/90.

Por essas leis foram consagrados os princípios fundamentais da VIIIª Conferência Nacional de Saúde, quais sejam: a saúde como direito do cidadão e dever do Estado; o conceito ampliado de saúde, acrescida de sua determinação social; a participação popular; a universalidade, a integralidade, a equidade na assistência em todos os níveis; a descentralização político - administrativa com direção em cada esfera de governo, com ênfase na municipalização da saúde.

O desafio posto era transformar o texto constitucional e as leis complementares em prática no sistema de saúde, ou seja, torná-lo realidade.

Na Suécia, Sundsvall, em 1991, realizou-se, a IIIª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, antecedendo a esperada Conferência Mundial das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento, que ocorreu no Rio de Janeiro em 1992. O tema Promoção da Saúde: Ambientes Favoráveis à Saúde tem a participação de 81 países, sendo a primeira com esta grande representatividade, resultando na Declaração de Sundsvall. No ano de 1992, além da Conferência Mundial das Nações Unidas sobre Meio Ambiente, realizada no Rio de Janeiro, ocorre, em Santafé de Bogotá, Colômbia, de 9 a 12 de novembro, a Conferência Internacional em Promoção da Saúde para a América Latina, patrocinada pela OPAS - Organização Pan-americana de Saúde e Ministério da Saúde da Colômbia, e cujo tema recebeu o enfoque das políticas de saúde latino - americanas.

Em nosso País, o governo Collor de Mello promoveu, inicialmente, um novo Plano Econômico e o desmonte do setor público guiado pelos "ventos" da política neoliberal, incluindo o da saúde, sem a preocupação ou o compromisso com as propostas da Reforma Sanitária, apesar da lei. Em 1991, preparou-se a IXª Conferência Nacional de Saúde, cujo tema central foi Municipalização é o Caminho. No temário estava também o resgate da VIIIª C.N.S. Dentre o mais importante estava a Implantação do SUS e nesse, os subtemas: municipalização; financiamento; gerenciamento; recursos humanos e controle social. Nessa conferência, que ocorreu em agosto de 1992, ficaram bem delineadas as maiores dificuldades do setor na realidade nacional, tais como: o aumento da demanda devido à deterioração e agravamento das condições sócio - econômicas da população; a falta de recursos para o setor; o desmonte do setor público. A palavra de ordem surgida nos debates foi "Cumpra-se a Lei", com o objetivo de resgatar a responsabilidade do Estado (União, Estado e Município) em cumprir os preceitos legais já conquistados.

Identificou-se que a IXª C.N.S.- Conferência Nacional de Saúde - foi marcada pelo confronto ideológico que perpassou os debates de todos os temas, tendo como pano de fundo o modelo de política social. Dois blocos oponentes apareceram claramente nos debates; o "bloco da seguridade social",

representado pelas entidades já envolvidas com o movimento da reforma sanitária, que defendia os preceitos constitucionais pela luta de um "Estado de Bem Estar Social"; e de outro, o "bloco do seguro social" o qual alinhavam-se os representantes dos empresários e os interesses privados, defendendo a privatização da atenção à saúde, com a participação maior do setor privado na prestação de serviços de saúde e redução da participação do Estado, identificados com a política neoliberal.

Em que pese maiores avaliações, o resultado prático dessa conferência foi sua influência na Norma Operacional Básica 01/93, publicada em Portaria n.º 545, do Ministério da Saúde, no dia 20.05.93, que estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, ficando em vigência até dezembro de 1997, apesar da publicação parcial em 1996 da Norma Operacional Básica 01/96, que está em vigência hoje.

A NOB 01/93 vem em substituição da então NOB 01/91. Esta última foi um instrumento extremamente tímido em relação à proposta da reforma sanitária, muito diferente da NOB 01/93 que, apesar de não preencher de forma adequada a proposta da reforma sanitária, foi um significativo avanço. Publicada sob o "título" A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei, teve significativa importância no avanço da descentralização da saúde para os Estados e Municípios. Foi também em 1993 que ficou extinto o INAMPS, e definitivamente, o Ministério da Saúde passa a ser o Órgão Gestor Nacional na Saúde, acabando com a dicotomia institucional, o então INAMPS que foi incorporado por este ministério.

A partir da Norma Operacional Básica 01/93, evidencia-se um maior desenvolvimento do processo de descentralização da saúde no País.

O SUS, enquanto proposta da Reforma Sanitária, ainda está longe de ser implementado. Contudo, avanços foram conquistados, ficando evidente que esse é um processo em construção. Alguns problemas parecem já se apresentarem perenes. Dentre eles, o maior, é a questão do financiamento. E além desse, a necessidade de maior equilíbrio na distribuição dos recursos para as ações de caráter preventivo, mas sem prejuízo das curativo - assistenciais, de acordo com

o que determina a legislação pertinente. Mas o financiamento do setor foi prejudicado em função da crise financeira do Estado, pelos ajustes estruturais determinados pela política neoliberal, a ponto de ser aprovado um imposto adicional, que teria a função de aumentar os recursos para o setor, a CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira. O resultado foi uma "manobra governamental" para reduzir a aplicação dos recursos do Orçamento da União no setor, sem que efetivamente ocorresse o aumento orçamentário necessário à saúde.

Em setembro de 1996, ocorreu a Xª Conferência Nacional de Saúde, que apresentou como tema central "SUS - Construindo um Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida". Essa também contou com participação democrática de vários segmentos e foi antecedida de mais de 3000 Conferências Municipais de Saúde e de composição paritária. Metade dos participantes representou os usuários dos serviços de saúde.

Nesse mesmo ano, elaborava-se a Norma Operacional 01/96, que foi motivo de discussões e deliberações na Xª C.N.S., pois já havia sido publicada sua primeira versão em 02/09/96. Em Relatório Final da Xª C.N.S, há um anexo específico de deliberações a respeito, não de todo atendido pelo Ministério da Saúde.

A NOB 01/96 teve sua segunda versão publicada em 05/11/96, e foi efetivamente colocada parcialmente em prática no final do ano de 1997, sendo que até o presente ainda há elementos a serem definidos em publicações que gradativamente estão acontecendo, como, por exemplo as definições da vigilância sanitária e epidemiológica.

O SUS é um processo em construção, devendo ser analisado além desta síntese histórica. A história do SUS já permitiu a muitos estudiosos múltiplas publicações sobre vários enfoques. Este visa apenas a uma breve revisão desses fatos.

3.1.2 - Bases Teóricas e Filosóficas do SUS - Sistema Único de Saúde

Destacamos, como marco referencial da Reforma Sanitária Brasileira, que deu origem ao SUS, a VIIIª Conferência Nacional de Saúde, e em seus princípios buscamos os elementos teóricos para identificar sua proposta filosófica. A partir desses princípios, que apresentamos a seguir, pretendemos explicitar e analisar os fundamentos teórico - filosóficos que sedimentam o Sistema Único de Saúde, mesmo que teoricamente.

São os princípios: direito à saúde; acesso universal; integralidade; equidade; participação social; descentralização.

Apresentamos, propositadamente separado, o que para muitos autores é normalmente analisado junto o princípio Saúde como direito e acesso universal. Tal separação nos parece mais satisfatória para a análise aqui proposta, que passamos a desenvolver.

1º - Princípio: Direito à saúde / Saúde como direito.

Para a identificarmos neste princípio os elementos que indiquem seu sentido, parece-nos importante, inicialmente, conhecer o conceito de Direito e de Saúde, aplicados no relatório da VIIIª C.N.S..

A Saúde foi apresentada como:

- a) saúde "com resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida";

b) a saúde define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas;

O direito à saúde foi apresentado como:

- a) a garantia pelo Estado, de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade;
- b) que esse direito não se materializa simplesmente pela sua formalização no texto constitucional; há simultaneamente, a necessidade de o Estado assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais e assegurar os meios que permitam efetivá-la. Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população.

2º - Acesso Universal ao Sistema de Saúde

Acesso universal, por si só, já é explícito, porém, complementado no texto da VIIIª C.N.S. com "... os serviços e ações de saúde, como parte do direito de ter saúde", (Brasil, 1986) em contraposição às diferenças de acesso à assistência existente entre trabalhadores urbanos e trabalhadores rurais com Previdência, no caso INPS / INAMPS e trabalhadores na informalidade que não tinham acesso a esses institutos por não serem contribuintes. Eles eram atendidos por Unidades Sanitárias dos Estados em serviços de saúde com limitações nos níveis de complexidade. A internação hospitalar, para os não previdenciários, se dava pagando-a ou dispondo de outro tipo de convênio, ou mais comumente, atendidos como "indigentes". Os atendimentos dos considerados indigentes, para efeito administrativo - contábil dos hospitais, eram atendimentos filantrópicos. Tal condição, deu origem à muitas instituições hospitalares obterem o "Título de

Filantropia" e assim gozarem de uma série de vantagens, em relação à contribuição de impostos, por exemplo, a parte patronal de arrecadação da previdência. Essa "filantropia" em muitos casos, não correspondia à realidade. Outro exemplo, é no que se refere à internação hospitalar. É público, que mesmo para os previdenciários havia uma série de dificuldades, como "cobrança de diferenças" que, em certas localidades, ainda hoje, com o SUS, existem.

3º - Integralidade

Este princípio visa assinalar a necessidade de superação da dicotomia existente entre preventivo - curativo. Justifica-se, o princípio a partir da realidade dos serviços públicos de saúde existentes, que se apresentavam com uma multiplicidade de instituições atuando: Ministério da Saúde, INAMPS, Secretarias Estaduais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, em diversos níveis de complexidade nas ações e serviços. Atuavam de forma isolada gerando, assim, uma multiplicidade de diretrizes e prioridades, pulverizando os poucos recursos do setor. Cada uma destas instituições com metodologias próprias de serviço e programas, desenvolvidas de forma desarticulada, mesmo em relação ao binômio curativo - preventivo.

A Integralidade, portanto, no nosso entender, implica além da superação da dicotomia curativo - preventivo, no foco da assistência a ser prestada; Mas além disso, na acessibilidade do cidadão a todos os níveis de complexidade dos serviços e ações de saúde existentes, de forma ordenada e integrada na relação interinstitucional, o que determinou a unificação do sistema em níveis municipal, estadual e federal.

De outro modo, também, fica explícito no Relatório Final da VIIIª C.N.S., a necessidade de se superar o modelo clínico de atenção à saúde por um outro que acrescente os fatores sociais geradores de doença. Outro aspecto é o da própria assistência prestada - que o paciente passe a ser sujeito do processo e não espectador passivo.

4º - Equidade na Assistência

É a igualdade na assistência, traduzida no acesso dessa de forma igualitária, de acordo com as necessidades, em seu vários níveis de complexidade. Objetiva superar a divisão construída a partir da contribuição fiscal do usuário para o acesso. Aqui também, evidenciavam-se "níveis de direitos de acesso à previdência", interpretado na prática por contribuição em dia, cartão amarelo para o trabalhador urbano e melhor acesso; cartão verde ao trabalhador rural com acesso mais restrito e pagamento complementar. Este último, em determinado período, foi considerado um cidadão de segunda categoria, pois sua contribuição era relativa à produção, ou seja, o desconto de percentual sobre a produção comercializada em nota do produtor; valor esse variável e inferior à produção global realmente existente. Assim, monetariamente, era considerada como uma arrecadação menor que a do trabalhador urbano, legitimando-se a posição de cobrança complementar e atendimento "secundário", forçando-se sua participação no pagamento dos serviços. Eram os cidadãos de terceira categoria ou indigentes, atendidos pela Unidades Federadas, através dos Postos de Saúde, sem garantias de internação hospitalar.

5º - Descentralização do sistema

Este princípio, no nosso entender, é o marco principal da reestruturação do Sistema Nacional de Saúde proposto pela VIIIª C.N.S. Portanto, para compreendê-lo, torna-se necessário apresentar, conjuntamente, alguns elementos que fundamentam a proposta de um sistema de saúde único e descentralizado, que em síntese, são os seguintes:

- separação da saúde e previdência, esta última entendida como contribuição para a aposentadoria e licença saúde;
- descentralização na gestão dos serviços;
- regionalização e hierarquização dos serviços;
- comando único em cada esfera de gestão / governo (União, Estado e Município).

A proposta de descentralização é parte integrada dos demais princípios, é também a forma estratégica para viabilizá-los, principalmente o acesso universal, através da ampliação, pelos municípios, da assistência e o controle social. É a partir da descentralização da Gestão e da Participação Social que se pretende superar: a dicotomia curativo - preventivo; a mudança do modelo médico - assistencial; garantir a equidade na assistência; o comando único em cada esfera governamental. Este princípio vem em oposição ao modelo centralizador, que gerou, historicamente um modelo excludente, discriminatório, corrupto e que tem limitado, portanto, a cobertura assistencial, ou seja, não sendo universal o direito à saúde para o cidadão. A descentralização implica também, como estratégia, a participação do financiamento do setor das três esferas governamentais, incluindo o município. Outro aspecto é viabilizar a gestão desses recursos por colegiados compostos por órgãos públicos e pela sociedade civil organizada, que é a aplicabilidade do princípio da participação social no processo.

6º - Participação Social

Destacamos a participação social como um princípio da Reforma Sanitária, pois, é este que indica a democratização do processo, caracterizado pela própria representatividade social obtida na VIIIª C.N.S. De imediato, objetivava a superação das então Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS, CRIS, CLIS e/ou CIMS), manipuladas politicamente. Trata-se da constituição de fórum legítimo os Conselhos de Saúde, nas esferas Nacional, Estadual, Regional e Municipal. Compostos por representantes eleitos na comunidade, por usuários; por prestadores de serviços e pelo governo, de forma paritária. Esses conselhos vigiam a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização da política de saúde e aplicação dos recursos, como também garantir a constituição sistemática das Conferências de Saúde em todos os níveis de gestão do sistema, e desta forma permitir a participação mais ampla da sociedade.

Na participação social da Reforma Sanitária está também implícito o direito ao acesso da população às informações necessárias para o controle social dos

serviços, informações quanto ao quadro sanitário, transparência nas atividades desenvolvidas, resultados, possibilitando a discussão e correções nas políticas de saúde a serem desenvolvidas.

3.1.3 - A Legislação do Sistema Único de Saúde

3.1.3.1 - A Constituição Federal

A Constituição Federal de 1988 dedicou uma seção para o setor, fato inédito nas constituições brasileiras. Este foi um entre os motivos, pelos quais essa Constituição fosse chamada de A Constituição Cidadã.

Para podermos avaliar criticamente as bases legais do SUS, é interessante observar que, nos países onde a Constituição é, a muito custo, modificada, o princípio da lei é ser genérica, não sendo, portanto, discriminativa, assim necessitando de interpretação, que é feita pelos juristas. Por exemplo, a Constituição dos Estados Unidos da América, no que se refere à Saúde Pública, não traz no texto qualquer alusão específica para o setor, a não ser que esta é uma responsabilidade do governo. Tudo o que se realizou nesse setor, nos Estados Unidos, fundamenta-se na expressão "general welfare", constante no Preâmbulo de sua Seção VIII. Em tal circunstância, devemos levar em conta a origem da formação do Estado nesse país, diferente do nosso. Os Estados Unidos da América têm sua origem de Estado a partir das três colônias inglesas que, espontaneamente, decidiram unir-se em nação confederada e buscaram na Constituição estabelecer os princípios de direito e obrigações entre si, porém, preservando a autonomia do Estado. No Brasil, ao contrário, viemos de um regime imperial, unitário, cuja autoridade maior é central, assim influenciando historicamente, nossa concepção de Estado, refletindo, por conseguinte, na legislação existente (Rodrigues, 1979).

Em nossa nação, desde a Constituição de 1824, do Brasil Império até hoje, e contando-se o Ato Institucional n.º 5, estamos vivendo a 8ª Constituição. Em uma verificação, identificamos, como já foi dito, que em nenhuma houve a particularização de uma seção dedicada ao setor saúde. De modo geral, pouco foi escrito tão explicitamente em relação à saúde o que, de certa forma, não foi impeditivo para avanços na compreensão e no desenvolvimento de questões da saúde pública através dos tempos. Como exemplos: a ação de Oswaldo Cruz, obrigando todos a vacinação contra a varíola, no início do século, quando apesar da revolta da vacina, não se argüiu a inconstitucionalidade dessa decisão. Ou ainda, quando em sua reforma, em 1904, criou-se o Juízo dos Feitos da Saúde, órgão então responsável pelo julgamento e poder de polícia nas questões de saúde pública. Esses atos foram possibilitados a partir da interpretação jurídica da Carta Magna de 1891, no caso, a Primeira Constituição do Brasil República. A primeira Constituição do Brasil República nada constava a respeito, até porque foi inspirada na Constituição dos Estados Unidos da América. Nesse período, deixavam-se as questões de Saúde Pública à responsabilidade dos Estados, até então Províncias que, evidentemente, não apresentavam quaisquer condições para assumirem tais atribuições (Rodrigues, 1979). No decurso do tempo, as demais Constituições Brasileiras também apresentavam-se sem explicitações sobre o tema.

O comentário visa possibilitar elementos para reflexão quando se buscam soluções sociais através de textos legais, acreditando-se que esses têm o poder de modificar “por si sós” a realidade. Em relação ao SUS, no meu entender, há a necessidade de sermos realistas, sem perdermos a utopia de vista no enfrentamento cotidiano da realidade social em que estamos inseridos. Devemos levar em consideração os múltiplos interesses que se apresentam no setor e a real capacidade de financiamento da sociedade, entendida como Estado.

A Constituição de 1988 contemplou os princípios básicos da Reforma Sanitária de forma bastante clara e detalhada, comparando-se a uma "Constituição Tradicional", motivo óbvio da cultura brasileira, que tem necessidade de garantir, de forma mais explícita possível, seus direitos, em função do modelo histórico de Estado Brasileiro. No Título VIII - Da Ordem Social / Seção II - Da Saúde encontram-se os cinco artigos centrais que objetivam, a partir da definição de "saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantindo, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco a doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção proteção e recuperação" (Brasil, 1988), estabelecer as diretrizes principais e constituir o Sistema Único de Saúde, como o sistema brasileiro para o setor. Estabelece, ainda suas atribuições principais e define a participação do segmento privado na área.

3.1.3.2 - Lei Orgânica da Saúde / lei n.º 8080/90

É a lei complementar à Constituição, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, entre outras providências.

A lei n.º 8080/90 busca, a partir dos princípios estabelecidos na Constituição Federal, e em consonância com eles, estabelecer a forma e a maneira, de como serão aplicados, definindo o que é o Sistema Único de Saúde, a composição, as competências em cada esfera de governo, financiamento, objetivo e atribuições, bem como estabelecendo detalhamentos na participação do setor privado de saúde no SUS (Brasil, 1994a).

Constituída de 55 artigos, a primeira Lei Orgânica da Saúde é um instrumento que vai além do jurídico, propiciando a orientação política da saúde que em tese, a sociedade deseja. A política está no "espírito da lei". Contudo,

como já foi manifestado, não se concretiza a partir do texto, mas se constrói no enfrentamento da realidade cotidiana, tendo-a como um referencial.

3.1.3.3 - Lei n.º 8.142/90 e Decreto n.º 99.438/90

São leis que dispõem sobre a participação social na gestão do Sistema Único de Saúde. No meu entender, essas leis vem preencher as lacunas deixadas na lei orgânica da saúde em função dos vetos ocorridos, conforme pode ser observado no projeto de lei n.º 3.110/89 - mensagem n.º 360/89, que lhe deu origem, especialmente o artigo 11º, e pelas razões do veto estabelecidos na mensagem 680 do então Presidente Collor de Mello (Brasil, 1990).

Considerando os princípios de descentralização e participação social, a lei n.º 8.142 estabelece como instâncias colegiadas do SUS as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. Estabelece também as atribuições e objetivos gerais desses colegiados. Observa-se, ao compararmos essas instâncias com as então Comissões Interinstitucionais Municipais e/ou Estaduais de Saúde do ex - SUDS, um grande avanço, pois a legislação garante a participação dos usuários ao estabelecer os critérios de paridade na sua composição. As Comissões Interinstitucionais não contavam com apoio legal, e eram constituídas por livre entendimento dos executivos. Não garantiam a participação social e/ou instrumento para esta possibilidade.

Outro aspecto importante identificado na lei n.º 8.142 é o relativo a composição do Fundo Nacional de Saúde e aos requisitos básicos para a transferência de recursos da União para os Estados, Municípios e Distrito Federal. Tais requisitos constituem-se em elementos fundamentais para a habilitação dos Estados, Municípios e o Distrito Federal no processo de descentralização do SUS - Sistema Único de Saúde, que se chama de "Municipalização" e/ou "Estadualização" da Saúde (Brasil, 1994b).

3.1.3.4 - Instrumentos Legais Complementares do Sistema Único de Saúde, de Nível Federal

Dentre os instrumentos legais que complementam o SUS, destacamos as Normas Operacionais Básicas, que foram publicadas pelo Ministério da Saúde em três momentos distintos de sua implementação.

Destacamos tais instrumentos, pois entendemos que eles representam os avanços e os caminhos realizados na implementação da descentralização, "mola mestra" do processo.

Em suas efetivações, devemos considerar as diversas realidades político – administrativo - econômicas, e a capacidade resolutiva em saúde das Regiões, Estados e Municípios do Brasil.

As Normas Operacionais Básicas constituem-se no instrumento jurídico institucional, editado periodicamente pelo Ministério da Saúde, após amplo processo de discussão com demais gestores e outros segmentos da sociedade, negociado e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite¹ e aprovado no Conselho Nacional de Saúde para :

- aprofundar e reorientar a implementação do SUS;
- definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimentos tático - operacionais;
- regular as relações entre seus gestores;
- normatizar o SUS.

¹Comissão Intergestores Tripartite; é órgão colegiado de gestores de nível federal, previsto a partir da NOB 01/93.

A – Norma Operacional Básica n.º 01/91

Foi publicada pela Resolução n.º 258 em 07.01.91, emitida pelo então Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS (Brasil, 1991a).

A NOB 01/91 introduz uma nova política de financiamento do SUS e a normatização dos aspectos operacionais de gerenciamento, acompanhamento e fiscalização da aplicação dos recursos.

No que se refere ao financiamento, a NOB 01/91 estabelece, para os recursos transferidos da União e do então INAMPS, os cinco itens a seguir:

1º - financiamento das atividades ambulatoriais proporcional à população dos Estados e Municípios;

2º - recursos para internações, na forma de AIH's - Autorização das Internações Hospitalares, a cada unidade executora, e proporcional à população;

3º - custeio da máquina administrativa do INAMPS/MS;

4º - custeio de Programas Especiais em Saúde;

5º - investimentos - despesas de capital, alocados no Plano Quinquenal de Saúde MS/INAMPS, de acordo com lei Orçamentária de iniciativa do Poder Executivo, aprovado pelo Congresso Nacional, e em caráter excepcional, a critério do Ministério da Saúde.

É manifesto neste documento que o êxito do programa pressupõe a contrapartida dos Estados e Municípios de valores estabelecidos em seus respectivos orçamentos e em conformidade com os Planos Estaduais e Municipais de Saúde, aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde e referendados pelo poder Executivo.

É esse instrumento que introduz o SUS. Porém, promove poucas mudanças em relação ao modelo vigente. As mudanças introduzidas são a constituição da UCA - Unidade de Cobertura Ambulatorial, que visa estabelecer novos tetos físico - financeiros de custeio das atividades ambulatoriais pelo SUS. Esta unidade, UCA, é um valor determinado para cada Estado a partir dos

seguintes critérios: populacionais; capacidade instalada; qualidade e desempenho técnico da rede de serviços de saúde dos Estados. E também são considerados os casos atípicos.

Entendo, como aspectos positivos na implantação da NOB 01/91: a criação dos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde; os requisitos estabelecidos para os municípios receberem recursos, resíduos da UCA, quando houvessem; introdução da modalidade jurídica dos Consórcios Administrativos Intermunicipais de saúde, como mais uma estratégia da ampliação da cobertura assistencial.

Considerando a proposta da Reforma Sanitária, foram tímidos os avanços promovidos por essa normatização, que na prática transformou os Estados e Municípios em prestadores de serviço junto ao então INAMPS. Eram improváveis os resíduos da UCA, que tinham o caráter de fomentar ações coletivas.

Nos mecanismos de Controle e Avaliação, a UCA fortalece a ação dos Conselhos de Saúde, introduz os Relatórios de Gestão, transforma o então sistema GAP - Guia de Autorização de Pagamento em um sistema, vigente até hoje através do SIA/SUS, que apresenta outras possibilidades além de controle financeiro. Estabelece outras variáveis para avaliação e controle dos serviços ambulatoriais.

A NOB propõe os seguintes critérios para a municipalização da saúde:

- criação dos Conselhos Municipais de Saúde, constituídos paritariamente;
- criação do Fundo Municipal de Saúde, contudo em função de modificações nas leis complementares, a aplicação desse critério não foi fiscalizada;
- o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo C.M.S.;
- elaboração da Programação e Orçamentação;
- contrapartida de recursos para a saúde, no mínimo 10% do orçamento municipal, estadual;

- constituição da Comissão para elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários - PCCS, com prazo de dois anos para a sua implantação;
- os Estados, através das Secretarias Estaduais de Saúde, serão responsabilizados transitoriamente pela cobertura ambulatorial correspondente aos municípios que não aderirem a municipalização. Os Estados, para estes municípios, adotarão critérios de distribuição dos recursos e de cooperação técnica.

As ações de financiamento hospitalar são estabelecidas através da Portaria n.º 19, de 08 de agosto de 1991 (Brasil, 1991b), onde são definidos os quantitativos de AIH's - Autorização de Internação Hospitalar para cada Estado, levando em consideração o quantitativo histórico e o indicativo de 10% de internações população/ano, pagas direto aos prestadores de serviço.

De modo conclusivo, podemos assim definir os pontos que essa Norma Operacional causou ao sistema em sua vigência:

- equipara prestadores públicos e privados;
- gestão do SUS ainda muito centralizada no nível federal, no INAMPS;
- os municípios: essencialmente gerentes de unidades: portanto, ainda prestadores;
- os estados: alguns já assumem gestão (SUDS/1987) mas a maioria continua como prestador.

Evidenciou-se, nesse período que, como os secretários municipais e estaduais ainda são essencialmente "prestadores", enseja-se uma aliança de interesses com os prestadores privados. Juntos, se mobilizam ao grande gestor - o governo federal - na busca de recursos para as suas unidades, sem priorizar a responsabilidade de organizar, coordenar e controlar todo o sistema de saúde.

B - A Norma Operacional Básica 01/92

Editada pela Portaria n.º 232/92 do Ministério da Saúde, teve como objetivos principais normatizar a assistência à saúde no SUS e estimular e instrumentalizar os gestores para implantação, o desenvolvimento do SUS, ratificando as posições estabelecidas na NOB 01/91.

C - Norma Operacional Básica 01/93

Editada em 20.05.93, pela Portaria n.º 545/93 do Ministério da Saúde, teve como principal destaque a habilitação dos municípios como gestores do sistema de saúde. Foi anunciada com o título " Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei" (Brasil, 1993).

Apresenta, como elementos, os que destacamos:

- desencadeia processo de municipalização da gestão, com habilitação dos municípios nas condições de gestão criadas (incipiente, parcial e semiplena);
- cria transferência regular e automática (fundo a fundo) do teto global da assistência para municípios em gestão semiplena;
- habilita municípios como gestores, criando a terceira instância gestora do SUS;
- frágil definição do papel dos estados que, entretanto, também passam a assumir seu papel de gestor do sistema estadual de saúde;
- são constituídas as Comissões Intergestores Bipartites (de âmbito estadual) e Tripartite (nacional), como importantes espaços de negociação, pactuação, articulação, integração, entre gestores.

D - Norma Operacional Básica 01/96 - Situação Atual

1º- Aspectos Gerais

Apesar de grandes e rápidos avanços do SUS, constata-se ainda heterogeneidade entre os diversos estágios de gestão: diferentes graus de descentralização nos estados, superposição de responsabilidades e comando entre as três esferas de governo. Não há visibilidade quanto à autoridade responsável pela saúde do cidadão, como há em outros setores. Por exemplo: no lixo, água, energia, transporte urbano etc.

A essas questões a Norma Operacional Básica 01/96 busca responder. Pretende dar uma resposta a essa circunstância.

2º - São objetivos gerais da NOB 01/96(Brasil, 1996b):

- Promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde de seus habitantes, com a respectiva redefinição das responsabilidades dos Estados, Distrito Federal e da União”;
- caracterizar a responsabilidade sanitária de cada gestor (diretamente ou garantindo a referência), explicitando um novo pacto federativo para a saúde;
- reorganizar o modelo assistencial, descentralizando aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica de saúde;
- aumentar a participação percentual da transferência regular e automática (fundo a fundo) dos recursos federais a estados e municípios, reduzindo a transferência de remuneração por serviços produzidos (ou “pagamento por produção”);
- fortalecer a gestão do SUS, compartilhada entre os governos municipais, estaduais e federal, através das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites, como espaços permanentes de negociação e pactuação entre gestores;

- estabelecer vínculo entre o cidadão e o SUS, conferindo visibilidade quanto a autoridade responsável pela sua saúde, promovendo o cadastramento e adscrição da clientela e criando o cartão SUS – Municipal.

3º - São as características da NOB 01/96:

- Estabelecer a “direção única em cada nível de governo”, garantindo ao gestor todos os instrumentos necessários para o exercício das funções sob sua responsabilidade;
- caracterizar os Sistemas Municipais de Saúde. Que na sua totalidade as ações e serviços de atenção à saúde, sejam voltadas ao atendimento integral à saúde da população. Constituindo em conjunto, uma rede regionalizada e hierarquizada no SUS;
- regulamentar as relações entre os sistemas municipais e destes com as instâncias estadual e federal, destacando:
 - as unidades produtoras de serviço (prestadores) podem ser estatais (municipais, estaduais ou federais) ou privados (contratados e conveniados);
 - já o gestor do sistema municipal é sempre estatal: a SMS, que se responsabiliza pela saúde de seus habitantes;
 - portanto, os prestadores são subordinados ao gestor do município onde está localizado, e somente com ele se relacionam;
 - o pagamento a um prestador por serviços realizados somente é feito pelo gestor do município onde está localizado, ou, excepcionalmente, pelo estado ou MS quando o município não estiver habilitado para tal;

- a referência de paciente a serviço em outro município se dá exclusivamente através da relação gestor - gestor;
 - as relações entre municípios (como na referência, definida na programação) são mediadas pelo estado, que coordena o sistema estadual de saúde;
 - os fóruns de articulação, negociação e pactuação entre gestores são as Comissões Intergestores Bipartites e Tripartite (CIB e CIT);
 - os poderes públicos estadual e federal são sempre co-responsáveis com o municipal na respectiva competência; e o substitui na sua ausência;
 - os níveis estaduais e federal devem exercer o papel redistributivo, garantindo a equidade (com discriminação positiva);
 - o principal instrumento formalizador das relações é a Programação Pactuada e Integrada – PPI.;
- fortalecer a função gestora das Secretarias Estaduais, com (re)definição de responsabilidades para a coordenação do SUS em âmbito estadual;
 - redefinir as funções do Ministério da Saúde, como gestor nacional do SUS, com maior integração entre seus órgãos e instituições e descentralização das responsabilidades definidas nesta NOB, como de estados e municípios;
 - aprimorar e adequar a normatização da gestão da assistência à saúde, coordenada pela SAS/MS;
 - transferir a curto prazo, para a grande maioria dos municípios brasileiros, a responsabilidade da gestão plena da atenção básica ambulatorial (inicial e resumidamente definida como: consultas médicas nas clínicas básicas, odontologia e AVEIAM – Ações de Vigilância

Epidemiológica, Imunização e Atos Não Médicos, descentralizando os respectivos instrumentos de gestão para o exercício dessa responsabilidade;

- transferir aos municípios habilitados como gestores da atenção básica, os recursos financeiros relativos a essa responsabilidade (PAB: piso ambulatorial básico) de forma regular, direta e automática, fundo a fundo, e com base em um valor nacional "per capita" para a população coberta (inicialmente o PAB "per capita" = R\$1,00/ mês);
- reorganizar a gestão dos procedimentos de média complexidade ambulatorial, abrindo-se a possibilidade de transferência direta e automática (fundo a fundo) aos estados habilitados nos termos desta NOB, dos recursos correspondentes a esta responsabilidade (FAE: *Fração Ambulatorial Especializada*);
- reorganizar a gestão dos procedimentos de alto custo/complexidade ambulatorial, com a criação da APAC (*Autorização de Procedimentos de Alto Custo*);
- incorporar as ações de Vigilância Sanitária, criando:
 - "Piso Básico de Vigilância Sanitária" (PBVS);
 - "Ações de Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária" e "Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária" (PDAVS);
 - "Índice de Valorização do Impacto em Vigilância" (IVISA).;
- incorporar as ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, coordenadas pela Fundação Nacional de Saúde;
- promover a reorganização do modelo de atenção, adotando-se como estratégia principal, a ampliação de cobertura do PSF e do PACS, e criação de um incentivo financeiro de acordo com a população efetivamente coberta;

- aprimorar o planejamento e elaborar da Programação Pactuada (entre gestores) e Integrada ²(entre as instâncias de governo) – PPI;
- aprimorar a organização e a operação dos Sistemas de Controle, Avaliação e Auditoria , integrando as ações dos municípios com as dos estados e MS.;
- aumentar a transferência regular e automática (fundo a fundo) dos recursos federais³ para os estados e municípios;
- definir as responsabilidades, as prerrogativas e os requisitos das condições de gestão, criadas nesta NOB:
 - Municípios: Gestão da Atenção Básica, e Gestão Plena do Sistema Municipal;
 - Estados: Gestão Avançada do Sistema Estadual, e Gestão Plena do Sistema Estadual.

4º - Estrutura e Conteúdo da NOB-96

A NOB-96 está estruturada em 17 capítulos, que poderíamos agrupá-los em 5 blocos:

² Podemos definir a PPI – Programação Pactuada e Integrada, como instrumento negociado entre gestores. Traduz as responsabilidades, objetivos, metas, referências intermunicipais, recursos e tetos orçamentários e financeiros em todos os níveis de gestão. Expressa a garantia de acesso universal aos serviços de saúde, diretamente, ou por referência a outro município, sempre por intermédio da relação gestor - gestor. O processo de elaboração deve ser ascendente, com base municipal, respeitando a autonomia de cada gestor. A PPI envolve todas as atividades do SUS, buscando a integralidade das ações. Observa critérios definidos nas CIB e CIT que são aprovadas nos respectivos Conselhos.

³ Recursos Federais, nesta NOB, apresenta além do Teto Financeiro da Assistência (já existente na NOB-93), outras modalidades, mecanismos: PAB, FAE, Incentivo ao PSF e PACS, IVR, PBVS e o IVISA.

- a) O *primeiro*, com as "Diretrizes Gerais", abordando: a finalidade; os campos de atenção à saúde; características do sistema municipal de saúde; as relações entre os sistemas municipais; o papel dos gestores estadual e federal; e os propósitos e bases para um novo modelo de atenção à saúde;
- b) *segundo*, sobre as "Funções Gestoras", abordando a direção do SUS; a articulação entre gestores; o planejamento e a programação pactuada e integrada; e o controle, avaliação e auditoria;
- c) o *terceiro*, sobre o "Custeio das Ações e Serviços de Saúde," abordando a assistência ambulatorial e hospitalar; a vigilância sanitária e as ações de epidemiologia e controle de doenças;
- d) o *quarto*, sobre "As Condições de Gestão dos Estados e Municípios", detalhando as responsabilidades, requisitos e prerrogativas de cada condição de gestão;
- e) o *quinto*, com as "Disposições Gerais e Transitórias" da NOB-96.

4.0 – Marco Conceitual

"Todo o ponto de vista é a vista de um ponto" (Boff, 1997, p.9). Desde a Teoria da Relatividade, Albert Einstein demonstrou que o tempo é a quarta dimensão do espaço e que, na velocidade da luz, o espaço "encurva-se", "dilata-se", "contraí-se" de tal modo que afeta o tempo. Assim, alguém que estivesse na velocidade da luz andaria em um mínimo de tempo um imenso espaço, e o que ficassem abaixo daquela velocidade sentiriam o tempo passar lentamente, normalmente. Para o primeiro, haveriam passado algumas horas e para o segundo meses, anos. Einstein demonstrou, como Boff, que o ponto de vista depende da posição do observador ou sujeito do conhecimento. Assim, nossa ciência não é universal exprime o ponto de vista do sujeito do conhecimento, a partir de um ponto, no espaço e no tempo. "Todo o ponto de vista é a vista de um ponto" (Boff, 1997, p.9).

Ao compreendermos como Marco - Conceitual a definição do ponto de observação do sujeito que busca conhecer o objeto a ser conhecido, entendemos com maior clareza seu conceito. Fazendo uma analogia, o marco conceitual significa uma determinada visão de um fenômeno. Teoricamente "marco conceitual, para pesquisa ou prática, consiste de uma, mais especificamente, articulação dos conceitos que compõe a questão de pesquisa e/ ou dos propósitos com outros conceitos que podem ou não fazer parte de uma teoria" (Trentini e Paim, 1999).

O marco conceitual, para este estudo, está construído a partir dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde. Alguns conceitos da Teoria

das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, e o conceito de ensino – aprendizagem de Paulo Freire.

Para a identificação dos princípios do Sistema Único de Saúde, no contexto de sua construção, nos remetemos inicialmente, a dois momentos históricos desse processo e seus registros. O primeiro momento, a VIIIª Conferência Nacional de Saúde, 1986; e em um segundo momento, a da Constituição Federal de 1988. Em ambos, encontramos como princípios fundamentais a; Universalidade, Equidade, Integralidade, Descentralização e Participação Social. E que passamos a apresentar, dentre outros, que entendemos como fundamental para demarcarmos nosso "olhar" ao objeto a ser conhecido.

- Saúde: O conceito de saúde, pelo Sistema Único de Saúde, a partir da VIIIª Conferência Nacional de Saúde, apresenta-se abrangente, definindo-a como:

...resultante das condições de vida, alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse a terra e acesso a serviços de saúde. Sendo antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (Brasil, 1986).

Este relatório apresenta ainda que a saúde: "...define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas" (Brasil, 1986). Identifica-se que a concepção de saúde, demarcada pela reforma sanitária / SUS, esta centrada na causação social, ou seja, é resultante das condições sociais, políticas e econômicas. De outro modo, entendemos que não é negada a compreensão de que saúde é muito mais complexo que um sistema fechado, binário, seja sua presença / ausência, ou pobreza / doença; é

também um processo no qual o ser humano, em seu viver passa, exigindo-lhe, neste transcurso, do seu meio interno, um trabalho de adaptação, revolução, compensações sucessivas de caráter individual, mas que será determinante do caráter coletivo de saúde.

- Universalidade: O acesso universal surgiu na Reforma Sanitária, na afirmação de saúde como direito e interpretada como a garantia a todos de assistência nos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em contraposição ao modelo até então dominante da Previdência Social, representada pelo INAMPS, que só era conferida aos contribuintes do sistema. O princípio de acesso universal traz consigo a lógica da inclusão de todos às ações e serviços de saúde nos seus diversos níveis de atenção. Tal condição implica na análise da disponibilidade (tecnologia de ações em saúde e a relação de necessidades em saúde), acessibilidade, (localização e oferta) sistema de funcionamento (o modo operante do sistema em propiciar aos clientes o atendimento desejado), aceitabilidade (relação entre a atitude dos clientes e os profissionais provedores das práticas de serviços) e a capacidade de financiamento.

- Eqüidade: A eqüidade apresentada no texto do relatório da VIIIª C.N.S., refere-se ao "acesso igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do Território Nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade" (Brasil, 1986). Tal posição nos remete a entender que a eqüidade proposta pode ser traduzida e conceituada como a igualdade de oportunidades, ou seja, permitir a todos o acesso aos bens e serviços sociais e de saúde pela intervenção do Estado, satisfazendo às necessidades essenciais de todos. A definição operacional de eqüidade, assumida

pela Organização Mundial da Saúde - OMS, incorpora, como princípio de equidade, a igualdade de oportunidades, a justa oportunidade de realizar o seu potencial de saúde - "Uma justa chance para todos" (Fleury, 1994). Porém, a questão permanece: o que é considerado justo? Na busca de traduzir para a assistência a ser prestada pelo SUS, devemos compreendê-la como a oportunidade de acesso ao serviço desejado, seja a equidade em cuidados de saúde, referindo-se à igual utilização destes por igual necessidade. Equidade em saúde equivaleria a estabelecer, em princípio, igualdades em diferenças não evitáveis como, por exemplo, o potencial biológico herdado; enquanto a equidade de cuidados em saúde poderá estabelecer a igualdade a partir da atenção em saúde dirigida a todos, considerando suas potencialidades e deficiências na busca do desenvolvimento pleno de sua existência potencial e de acordo com seu modo de vida.

- Integralidade: No Relatório Final da VIIIª C.N.S., o princípio visa assinalar a necessidade de superação da dicotomia existente entre preventivo - curativo. De outro modo, também entendemos a necessidade de se superar o modelo clínico de atenção à saúde por outro que acrescente os fatores sociais da doença, bem como na própria assistência prestada: que o paciente se torne sujeito do processo e não espectador, e seja visto na sua totalidade e não segmentado por partes ou por patologias.

- Descentralização: A reformulação do Sistema Nacional de Saúde, é caracterizado pela descentralização na gestão. Definida em lei como direção única em cada esfera de governo, constituindo um sistema regionalizado e hierarquizado. Retrata, também, a lógica de distribuição das unidades prestadoras de serviços, de acordo com níveis de complexidade e necessidades de cobertura. A descentralização

também deve contemplar cada unidade prestadora de serviços do SUS, em consonância com seus princípios e diretrizes políticas locais, definidas nos Planos de Saúde e aprovada nos respectivos Conselhos de Saúde, gestões próprias e autonomia, de acordo com suas necessidades operacionais e anseios da população alvo, para legitimar os demais princípios do SUS. Como por exemplo, seu horário de funcionamento, atendimento a prioridades locais entre outras.

- Participação Social: Participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde. Através da lei 8.142, estabeleceram-se, como instâncias colegiadas, a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. A Conferência se reunirá a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde, convocada pelo Poder Executivo, ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde. O Conselho de Saúde, órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, composto paritariamente por: representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde, compondo 50%; e usuários, compondo os outros 50%. Compete ao Conselho atuar na formulação de estratégias da política de saúde e no controle da execução da política de saúde, incluídos os aspectos econômicos e financeiros. A participação social também deverá ser identificada junto às unidades prestadoras de serviços do SUS, principalmente quando seu raio de ação tem uma população alvo definida. Do contrário essa participação se dará de forma indireta por representação nos respectivos Conselhos de Saúde. Essa "participação local de saúde" poderá ser estabelecida através do gestor da unidade prestadora e pelos demais servidores e atores do setor saúde, com lideranças locais, para o desenvolvimento de ajustes necessários entre os serviços de saúde e a capacidade da clientela em buscar e obter esses serviços e

conjunto, o que implica em avaliações periódicas das atividades desenvolvidas, entre outras definições de interesse deste coletivo.

- Ser Humano : Aqui entendido também como indivíduo que "...é parte integrante do universo dinâmico, assim está sujeito as leis que o regem, no tempo e no espaço"(Horta, 1979, p.28). Enquanto indivíduo, sofre influências do coletivo, bem como, enquanto unidades reunidas, influenciam o coletivo, criando-o família, comunidade. "O ser humano se distingue dos demais seres do universos por sua capacidade de reflexão, por ser dotado do poder de imaginação e simbolização e poder unir presente, passado e futuro" (Horta, 1979, p.28). As características de imaginação, simbolização e de unir o presente, passado e futuro, permite-lhe identidade única, individualidade e autenticidade. E também enquanto coletivo, a construção, a criação de culturas e crenças. É um ser que interage consigo e com outros na construção de sua realidade, a partir de influências externas e internas. Apresenta necessidades geradas pela dinâmica de sua interação interna (meio interno) e externa (meio externo) de forma consciente e inconsciente. Satisfeitas essas, gera novas necessidades no decurso de sua existência e modo de vida. É um ser inacabado, histórico e de possibilidades. Ao associarmos com os princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde, identificamos neles, necessidades humanas básicas, tanto individuais como coletivas, resultantes de suas interações. A equidade, a integralidade, a universalidade, a participação social e a descentralização são necessidades individuais e coletivas, do ser humano.

- Enfermagem: Horta conceitua enfermagem como;

Enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do auto - cuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais" (Horta, 1979, p.29).

Entendemos que o conceito proposto por Horta, além de apresentar-se em consonância com a visão do profissional de enfermagem inserido na política do SUS, não nega outros valores como, por exemplo, a cultura, na medida em que considera a necessidade humana básica como elemento fundamental do cuidado de enfermagem, pois os valores, as crenças e a cultura fazem parte do ser humano, e são geradoras de necessidades, agravos, resultando a demanda de intervenção profissional do cuidado. Outro aspecto a ser considerado em relação ao conceito de enfermagem proposto por Horta é a de sua íntima relação com os princípios do SUS, por nós assim correlacionado como: a equidade em cuidados de saúde; referida como a igual utilização desses, por igual necessidade; a integralidade - "a enfermagem presta cuidado ao ser humano e não à sua doença ou desequilíbrio... todo o cuidado de enfermagem é preventivo, curativo e de reabilitação" (Horta, 1979, p.31); a participação social⁴, está presente a partir do auto – cuidado, cuidado de si, e relativo à saúde, entendido como ações de recuperar, manter e promover a saúde. A enfermagem, portanto, assiste ao ser humano de forma integral, igualitária em suas necessidades, estimulando o auto – cuidado. Assim é um educador por excelência, o que lhe permite atuar: no ensino – pesquisa, na administração, na área social e política, reforçando sua condição de cidadão comprometido com a saúde.

- Ambiente: Para Horta o ambiente é o universo dinâmico, em que o ser

⁴ Participação Social; Busquei estabelecer o sentido de que participação social é um exercício da cidadania. Cidadania entendida como aqueles resultante e originário dos direitos políticos, civis em um Estado. E Cidadão, pessoa capaz de criar com os outros, uma ordem social para ser cumprida e protegida," na medida que protege a si é protegida pelos outros. Rousseau, no Contrato Social ao responder as famosas linhas que dão início ao livro escreve: "O homem, nasce livre, e por toda a parte se acha em grilhões... Como se faz tal mudança? A resposta a essas indagações apoiam a idéia que apresento em que cuidado de si, auto – cuidado é participação social pois, como Rousseau estabelece, a obrigação social não se baseia na autoridade do pai, nem em qualquer outra autoridade de um pretense chefe "natural," como querem os absolutistas. O único fundamento legítimo da obrigação se chama convenção, estabelecida entre todos os membros de um grupo, que se trata de constituir sociedade. Cada um contrata, por assim dizer, consigo mesmo, pretendendo, em suma, sua própria vontade apenas. Assim, resulta que cada um adquire,

humano é parte integrante. Sendo o ser humano integrante do ambiente, Horta o apresenta como parte deste, de acordo com as modernas visões de meio ambiente. Partindo-se do princípio de que ambiente e saúde são interdependentes, inseparáveis, o agir humano reflete sobre ambos. Os modos de vida, de trabalho, lazer, a distribuição dos recursos, da riqueza, têm significativo impacto sobre o ambiente e, conseqüentemente, sobre a saúde da população. Assim, entendemos que as iniquidades no campo da saúde têm suas raízes nas desigualdades existentes na sociedade, e para superá-las, há necessidade de implementar políticas que visem incrementar o acesso dessas pessoas a bens e serviços promotores de saúde e criar ambientes favoráveis. Esta abordagem sócio - ecológica da saúde, portanto, deve ser o elemento norteador para o desenvolvimento do homem, fazendo parte da promoção da saúde e criando-se ambientes favoráveis (Brasil, 1996a). Os danos causados pelo homem ao ambiente natural resultam em agressões à saúde coletiva e individual e portanto, as pessoas devem ser gradativamente orientadas, fazendo essa ação parte da política de saúde.

- Ensino - aprendizagem: É um processo de interação, comunicação, onde o sujeito é aprendiz e professor e não objetos um do outro. "...quem ensina aprende ao ensinar, e quem aprende ensina ao aprender. ...o homem como ser inacabado e histórico... o ensinar inexiste sem aprender e vice-versa. Foi aprendendo socialmente que homens e mulheres descobriram que era possível ensinar. Aprender precedeu o ensinar, ...;ensinar se dilui na experiência de aprender". (Freire, 1997).

É um processo dialógico, que estimule a curiosidade epistemológica; contrário do ensino mero transferidor de informações, de conhecimentos prontos, acabados. Ao formador cabe o papel de criar possibilidades para a

produção do conhecimento, pois este último é mutável, dinâmico. Ensinar - Aprender, constitui-se em processo de construção e reconstrução do conhecimento, possibilitando ao ser humano, consciente do seu inacabamento, a possibilidade de ser mais. O "aprendiz" deve ser dono e sujeito da produção do seu saber. É um processo que exige o método que permita a curiosidade crítica, respeitando-se o senso comum mas o superando, transformando-a em epistemológica. Método que esteja associado à temática, que tem seu ponto de partida na realidade vivenciada, na sua experiência humana, na sua práxis.

"Procurar o tema gerador é procurar o pensamento do homem sobre a realidade e sua ação sobre esta realidade que está em sua práxis. Na medida em que os homens tomam uma atitude ativa na exploração de suas temáticas, nessa medida sua consciência crítica da realidade se aprofunda e anuncia estas temáticas da realidade"(Freire, 1980, p.32).

5.0 – Metodologia

5.1 – Tipo de Estudo

O presente estudo caracteriza-se por uma pesquisa Convergente – Assistencial, método que objetiva estabelecer uma relação direta entre a teoria e a prática. Assim sendo, "mantém, durante todo o seu processo, uma estreita relação entre a situação social e a intencionalidade de resolver ou amenizar problemas, realizar alguma mudança e / ou introduzir inovações no contexto do estudo." (Trentini e Paim, 1999).

A pesquisa Convergente – Assistencial apresenta, como critérios de definição e de propósitos, os elementos que assim podemos apresentar:

- Realizar mudanças e/ou introduzir inovações no contexto da prática assistencial;
- encontrar alternativas de soluções para problemas identificados na prática;
- o tema de pesquisa deverá emergir da necessidade da prática do contexto a ser pesquisado;
- as necessidades deverão ser sentidas pelos indivíduos envolvidos na prática, sejam eles profissionais ou usuários;

- ser desenvolvida no mesmo espaço físico e temporal da prática e pelos mesmos profissionais que desenvolvem atividades práticas naquele contexto;
- inclui atividades de cunho coletivo;
- inclui atividades de assistência/cuidado e ou ensino aprendizagem no processo de investigação, mas não se consubstancia como ato de assistir ou ensinar;
- não se propõe a generalizações. Estabelece uma inter-retroação como a prática assistencial e ou ensino;
- o pesquisador assume o papel de provedor de assistência e/ou ensino durante o processo de coleta de informações;

Ao desenvolver um processo de ensino – aprendizagem a um grupo de profissionais, é estabelecido nesse campo assistencial, o espaço necessário para a implementação deste método de pesquisa. Aqui foi mantida uma íntima relação com a realidade do contexto social pesquisado, objetivando a ampliação no entendimento em relação aos princípios norteadores do SUS e assim, de modo indireto, promover mudanças na prática assistencial de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde.

A temática proposta vem ao encontro das necessidades do cotidiano da assistência desenvolvida pelos pesquisados que atuam no sistema público de saúde. Buscou-se estabelecer uma relação entre as ações desenvolvidas e suas consonâncias e dissonâncias em relação aos princípios do SUS, bem como propiciar que emergissem, no desenvolvimento do processo ensino – aprendizagem, temas e sub – temas que refletissem os problemas vividos, propostas de soluções e o conhecimento teórico sobre a política de saúde e de estratégias práticas necessárias à sua implementação.

Este estudo não se propõe a generalizações, pois reflete neste momento temporal, a compreensão do grupo relativo à política de saúde vigente e a capacidade prática de implementação nas atividades de rotina dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde incluídas no estudo.

O desenvolvimento deste método de pesquisa se deu na convergência das atividades de ensino – aprendizagem e de investigação, exploração da temática, objetivando reconhecer, refletir sobre os fatores que favorecem ou dificultam a implementação da política de saúde.

Neste estudo, o moderador assumiu o papel de incentivador, provedor de temas para discussão e aprendizagem durante o processo de coleta de informações. Por ser um trabalho de grupo, e considerando a horizontalidade adotada na condução dos trabalhos, este papel foi compartilhado com os demais membros (do grupo).

O desenvolvimento das atividades a partir de um grupo de profissionais denotam o seu caráter coletivo. Portanto, preenche mais um dos critérios da Pesquisa Convergente Assistencial.

5.2 – Da Entrada no Campo

5.2.1 – Obtendo Permissão

Inicialmente, encaminhei ao Secretário Municipal de Saúde o projeto, acompanhado de ofício, e uma síntese de exposição de motivos (anexo I). A entrega da documentação aconteceu através de audiência, o que permitiu a explanação do projeto e as suas vantagens para a instituição. O Secretário Municipal de Saúde, demonstrando não somente concordar com a proposta, me presenteou com um documento preliminar de 57 páginas, elaborado em setembro/99, pela instituição intitulado Serviços de Saúde. Esse documento

consiste em um guia que apresenta uma síntese da estrutura da Secretaria Municipal de Saúde, a rede de Unidades Básicas de Saúde, o Hospital Municipal, entre outros possibilitando uma visão organizacional do Sistema Municipal de Saúde. Tal documento teve como origem, segundo sua exposição, na necessidade de informar a sociedade sobre a estrutura disponível e as formas de acesso aos serviços preconizadas. Essa conversação, quanto à necessidade de informar a sociedade sobre os serviços, possibilitou ampliarmos o foco das necessidades dos serviços. A ampliação do foco de necessidades, em minha condução, foi para a importância do conhecimento e da informação a respeito do SUS aos profissionais enfermeiros(as) atuantes na rede de Unidades Básicas de Saúde, entre outros profissionais. Com a concordância e apoio do Secretário Municipal de Saúde (pois entendemos como apoio a permissão para que as atividades ocorressem durante o horário de expediente, facilitando seu desenvolvimento), marcamos minha participação em reunião ordinária dos servidores para explanação do projeto.

5.2.2 – Exposição do Projeto aos Profissionais de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde

Faziam parte da reunião os servidores da Secretaria Municipal de Saúde, chefes de setor, os coordenadores das Unidades Básicas de Saúde, os responsáveis por programas, serviços, e chefe da Farmácia de Manipulação. A reunião estava sendo coordenada pelo Coordenador Geral da Secretaria Municipal de Saúde. O Secretário Municipal de Saúde não estava presente por motivo de viagem. Os presentes, portanto, eram profissionais de saúde de diversas categorias, Enfermeiros, Bioquímico, Cirurgião Dentista, Psicólogos, pessoal Administrativo, sendo a maioria com formação de nível superior.

A coordenação da reunião, ao iniciá-la, já anunciou minha presença e o motivo pelo qual me fazia presente, logo estabelecendo que antes de iniciar

os trabalhos em pauta, eu disporia de trinta minutos para a exposição do projeto e para responder perguntas que surgissem.

Iniciei a exposição historiando o contato com o Secretário Municipal de Saúde e, simultaneamente, fazendo serem entregues cópias da síntese do projeto a todos os presentes, verificando, especialmente, que todos os enfermeiros(as) recebessem uma cópia. Na seqüência, apresentei os motivos que foram fundamentados em quatro aspectos básicos: o primeiro, a necessidade de constante capacitação dos recursos humanos; o segundo, a dificuldade de compreensão do extenso arcabouço jurídico do SUS e, por conseguinte, complexa visão da política de saúde; e terceiro, a necessidade de esforços constantes na construção do SUS; e por último, o quarto motivo, o compromisso pessoal com a prática assistencial decorrente do curso de mestrado.

Na seqüência, pois não houve intervenções, apresentei o projeto, salientando que a clientela potencial eram os colegas enfermeiros, pois durante a exposição, alguns profissionais não enfermeiros(as) manifestaram interesse em participar do estudo.

As manifestações quanto ao projeto em si resumiram-se em perguntas relativas aos aspectos organizacionais, tais como em que horário, local e datas. Em resposta, manifestei termos como garantia que essas atividades previstas no projeto poderiam ser desenvolvidas durante o horário de expediente. Porém, os demais aspectos organizacionais seriam resolvidos pelos participantes.

Esgotado o período a considerações a respeito do projeto, obtive, como resposta dos colegas, que iriam pensar a respeito e, posteriormente, comunicariam sua posição. Assim, agradei a todos e me retirei, permitindo que fosse conduzida a reunião de trabalho que, pela apresentação de seu coordenador, havia uma pauta de assuntos internos.

5.2.3 – Adotando Estratégias para Motivar a Participação

O desenvolvimento do projeto só obteria êxito com a participação dos enfermeiros(as), e essa condição gerava em mim ansiedade e apreensão. A ausência de resposta, passados alguns dias, motivou-me a desencadear algumas estratégias para estimular os enfermeiros(as) a participar. Procurei, através da informalidade, divulgar mais a proposta junto ao colegas e conversar sobre o projeto. Percebendo ter o aceite individual de alguns, elaborei um convite para o primeiro encontro, estabelecendo o horário e local e os entreguei a todos pessoalmente, com bom tempo de antecedência. Na oportunidade da entrega do convite, já percebi uma melhor receptividade para o desenvolvimento das atividades propostas no projeto.

5.3 – Critérios de Seleção

O projeto em si apontava claramente os participantes, profissionais de enfermagem. Contudo, considerando a técnica de pequenos grupos que seria adotada, deveria limitar o número de participantes. Considerando serem os Enfermeiros(as) os responsáveis por essas atividades nas Unidades Básicas de Saúde, e acrescido a essa condição, no município, são esses profissionais os coordenadores das Unidades Básicas de Saúde, entre outras de programas e serviços, decidi incluir como participantes apenas os enfermeiros(as). Intenção que nos acompanhava desde a elaboração do projeto e do próprio tema.

Deste modo, o critério de seleção estava ligado definitivamente a: primeiro, ser enfermeiro(a); segundo, atuar nas Unidades Básicas de Saúde e/ou desempenhar a função de coordenação de serviços ou programas.

Havia, atuando na rede de Unidades Básicas de Saúde, seis enfermeiros(as) desenvolvendo funções de coordenação das unidades e de

programas de saúde. Outros dois profissionais atuando junto à Secretaria Municipal de Saúde, sendo um o seu Coordenador Geral e outro, desenvolvendo as funções de Coordenação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e também de Supervisor das Unidades Básicas de Saúde, entre outras funções. Assim, estavam distribuídos os profissionais enfermeiros(as) que atuavam, de modo direto, na rede de unidades, com exceção de um profissional, que atuava no Centro de Referência da Mulher, centro esse que desenvolve atividades e procedimentos de cunho cirúrgico e hospitalar limitado aos casos encaminhados.

Desse modo, considerando os critérios estabelecidos e os relacionados à realidade encontrada, definimos, como fundamental para o desenvolvimento do trabalho, a participação dos profissionais ligados diretamente à rede de Unidades Básicas de Saúde e os profissionais atuantes na Secretaria Municipal de Saúde, com funções de gerência e/ou coordenação.

5.4 – Método de Grupos

Para o desenvolvimento deste estudo, optei pela técnica de pequenos grupos. As razões que indicaram esse método podem ser fundamentadas a partir da própria característica gregária do ser humano, pois grande parte das atividades humanas são desenvolvidas em grupo. Ainda, a utilização de atividades em grupo não é novidade para a enfermagem, profissão que atua frequentemente em equipe, assim como grupo, e também com grupos, principalmente em ações de saúde coletiva. Porém, devemos salientar que não se evidencia na formação do profissional enfermeiro, a temática específica - o estudo sobre grupos. Segundo Munari (1997), que realizou uma pesquisa com profissionais de Enfermagem, para conhecer o saber destes a respeito do relacionamento intragrupo, concluiu que há limitações de habilidades para a atividade de moderador por esses profissionais. Tais limitações, segundo a autora, são decorrentes da falta de preparo específico e resultante da formação

diretiva obtida, que é geralmente reproduzida em sua prática assistencial. Estava posto portanto, com a escolha do método, outro desafio de aprendizagem para mim e para os demais colegas participantes.

Define-se grupo, ou melhor, pequenos grupos, como a reunião de pelo menos duas pessoas, em geral mais, com objetivos, finalidades ou interesses comuns, num intercâmbio social, cognitivo e afetivo, em que através de encontros isolados ou repetitivos, por meios diversos, seja suficiente para que os participantes tenham impressões recíprocas. Cria-se a partir daí, um conjunto de normas para seu funcionamento, e juntos desenvolvem metas para suas atividades coletivas, constituindo-se o senso de coesão (Hartford, 1983).

Na literatura, encontramos diferentes tipos de grupos. Podem ser classificados segundo diferentes critérios, como por exemplo: de acordo com sua origem na formação, pelos seus fins, estrutura, organização e acesso. Trentini e Gonçalves (2000) adotaram, como critério, as finalidades primordiais, agrupadas em três categorias: a) Grupos focais; b) Grupos de convivência; c) Grupos de convergência. Essa classificação, a meu ver, apresenta os elementos necessários e ideais para a identificação e a categorização de pequenos grupos. Considerando o presente trabalho, nos permite identificar, de maneira ideal, a categoria para o grupo que propunha.

Para uma melhor compreensão, apresento, de modo resumido, as categorias e suas respectivas características e finalidades, propostas pelas autoras, podendo, assim apresentá-las:

a) Grupos focais: São vistos como método eficiente de pesquisa, pois são formados com o propósito de coleta de dados qualitativos e buscam resposta na questão de pesquisa. Contudo, esse método não deve ser confundido como técnica de entrevista coletiva, respostas a perguntas dirigidas pelo investigador. Os grupos focais não se preocupam com o consenso do grupo quanto às experiências, ou mesmo com resultados consensuais para a tomada de decisão entre os seus membros. Os grupos focais enfatizam as descobertas, surgidas quanto possível, da diversidade de experiências dos participantes e relativas ao

tema de pesquisa. Sua dinâmica gira em torno do tema de pesquisa em questão, nas suas diversas faces, interfaces e dimensões surgidas no processo de interação e participação dos envolvidos. Os grupos focais possuem realidades próprias que têm a influência do contexto social que os cerca. Assim, há necessidade de que se estabeleça um processo de comunicação interpessoal favorável, e que haja condições de expressão, ouvindo-se a todos. Deve permitir e facilitar o ouvir opiniões, experiências e sentimentos de cada participante. Requer, portanto, um moderador comunicativo, sensível, observador, que utilize uma linguagem comum a todos os seus membros, permitindo a socialização de experiências. Como já foi dito, sua finalidade principal é a obtenção de dados de pesquisa.

b) Grupos de convivência: Nesta categoria as autoras inclui vários subtipos de grupo, dos quais citam: grupos de ajuda mútua, de educação, de terapia, entre outros. Esses diferem dos grupos focais em finalidade, objetivos e metas. Segundo Trentini e Gonçalves (2000) "...visam o crescimento pessoal, que abrange várias dimensões do processo de viver". Sua formação decorre de necessidades comuns relevadas pelas pessoas. Assim já surgem a partir de um ponto comum, possibilitando mais facilmente a coesão. A coesão se manifesta através do sentimento de união e do vínculo entre seus participantes. Dentre as finalidades identificadas, temos: o crescimento pessoal, a busca de soluções de problemas coletivos, a busca de mudança em determinada situação social, o planejamento social e comunitário. Sua constituição é uma tarefa árdua, pois, mesmo com um interesse comum, há expectativas diferentes, metas individuais que deverão ser transformadas em metas e expectativas do grupo, incluindo-se, nesta condição, o próprio moderador. Assim, aspectos como as possíveis expectativas individuais não compartilhadas com o grupo, ou de qualquer um de seus componentes, consideradas "segundas intenções" individuais pode ser fator de desintegração.

c) Grupos de Convergência: Esta categoria de grupo reúne algumas características que fundamentam os grupos focais e de convivência, tendo a finalidade de desenvolver, de modo simultâneo, a pesquisa, o crescimento social

e pessoal. Sua aplicação é evidenciada principalmente na área de enfermagem. O seu objetivo tem sido o de implementar os planos de prática assistencial participativa, e de, a partir desta prática, possibilitar sua reflexão e a abstração assim construindo novos conhecimentos acerca dos temas emergentes no grupo. Os grupos de convergência apresentam, portanto, dois aspectos de comprometimento: um relacionado a seu próprio desenvolvimento e outro à pesquisa, ou seja, à ciência. A fundamentação do Grupo de Convergência, apresentado pelas autoras, além da explanação teórica, é defendida através da experiência, com a sua implementação no Núcleo de Convivência em situações Crônicas de Saúde – NUCRON e no Grupo de Estudo no Cuidado de Saúde à Pessoas Idosas – GESPI, dos quais fazem parte. Esta prática, associada à pesquisa desenvolvida nos grupos, possibilitou a Trentini e Paim (1999) desenvolver o método de pesquisa denominado "pesquisa convergente – assistencial", método que é proposto no presente estudo, utilizando-se a Técnica de Grupo de Convergência. Esse tipo de grupo, pode também ser utilizado com o objetivo de implementar referenciais de educação em saúde, bem como, investigar as maneiras de enfrentamento utilizadas por grupos em condições estressantes. O sucesso no desenvolvimento dessa técnica de grupo depende, em grande parte, da capacidade do moderador, que deve unir o saber comunicativo, que cria boas relações no grupo, às qualidades necessárias do pesquisador. A utilização de técnicas de pequenos grupos, em especial, grupos de convergência, possibilita a produção de tecnologia a partir de processo participativo da assistência na medida que se une à pesquisa, pois promove o fazer refletido, pensado, produzindo-se novos conhecimentos, bem como a condição para superar as divergências na relação profissional com os clientes, promovendo a humanização do cuidado na enfermagem.

5.5 – Formação do Grupo e sua Auto - Organização

Definidas as características de grupo, e considerando os critérios de seleção já explicitados, estabeleci que o número de participantes não deveria ser superior a dez, cumprindo-se o estabelecido na metodologia e permitindo que a totalidade da clientela selecionada participasse. Se houvesse mais de dez enfermeiros(as) interessados, formaria dois grupos.

Os participantes haviam, em sua maioria, assistido à exposição do projeto, quando da reunião de rotina na Secretaria Municipal de Saúde, assim havendo o conhecimento da intenção na formação do grupo. Com a entrega dos convites, marquei o primeiro encontro, definindo que ocorreria no dia 13 de outubro de 1999, às 15:00 horas, na "sala de reuniões" da Unidade Básica de Saúde Centro.

O primeiro encontro ocorreu em local sugerido pelos colegas. Nessa oportunidade, evidenciamos que o ambiente não apresentava as condições necessárias para o desenvolvimento dos trabalhos, o que levou a reflexão do grupo sobre alternativas de outros locais, até o consenso de que o local apropriado seria a "Cantina do Ex – INAMPS". Nessa oportunidade, houve a definição dos aspectos organizacionais do grupo e que, portanto, são elementos da própria metodologia, tais como: a forma de registro dos encontros; a permissão dos participantes quanto à utilização dos dados; o cronograma de encontros e temas centrais; a adoção de pseudônimos para a apresentação e estudo dos dados.

Relativo às questões organizacionais do grupo, e que, por sua vez, têm influência direta na metodologia e nos aspectos éticos do estudo, houve consenso em adotar as seguintes estratégias:

- a) Quanto aos registros: adoção de gravação e posterior transcrição das falas e dados;

b) Quanto à permissão dos participantes para a utilização dos dados e informações: havíamos confeccionado um Termo de Consentimento e Participação, que foi entregue e lido para posterior assinatura (anexo II);

c) Quanto ao pseudônimo: cada membro utilizou-se de um critério para a adoção de seu pseudônimo após sugestão feita pelo moderador. Como critérios utilizados pelos participantes, encontramos: a adoção de nome de flores, apelidos de infância, nomes pessoais que gostariam de ser chamados, que não o próprio, ou ainda, nomes recebidos pelos pacientes de modo equivocado, engraçado. Os pseudônimos adotados foram:

- Cláudia: nome pelo qual gostaria de ser chamada, que não o próprio;
- Farmacêutico: modo pelo qual é frequentemente chamado pelos pacientes;
- Gorda: apelido de infância;
- Laila: nome pelo qual gostaria de ser chamada, que não o próprio;
- Margarida: por adoção do critério de flor, e também, maneira errada pela qual muitas vezes é chamada pelos pacientes, pois possui um nome parecido;
- Nheta: apelido de infância;
- Regina: nome pelo qual gostaria de ser chamada, que não o próprio;
- Rosa: por adoção do critério de flor.

d) Quanto ao cronograma de encontros: ficou estabelecido que ocorreriam às quartas – feiras, às 15 horas, e que sua duração não ultrapassaria uma hora e trinta minutos. Considerando a necessidade dos membros, em razão de outros compromissos, foi estabelecido um calendário de datas.

5.6 – O Processo

Os encontros ocorreram conforme o estabelecido no grupo; os horários e datas foram rigorosamente respeitados. O local definido no primeiro encontro foi providenciado. Encaminhei ofício à Presidente da Associação dos Servidores do INSS e Ex – INAMPS, solicitando permissão para ocupar o local, e apresentando o cronograma das atividades. O consentimento para a utilização do espaço físico foi afirmativo e dado de modo verbal.

A adoção do diálogo franco e horizontal foi o instrumento que colaborou, inicialmente, para a credibilidade e seriedade da proposta. Contudo, ainda havia a necessidade de fazer fluir com naturalidade e autenticidade a integração do grupo; condição que permitisse o desenvolvimento do processo ensino – aprendizagem no qual, aquele que ensina aprende ao ensinar, e quem aprende, ensina ao aprender, onde o sujeito é aprendiz e professor e não objetos um do outro, condição essa que é de significativa importância considerando o modelo de pesquisa convergente assistencial desenvolvida.

Para o desenvolvimento dessa integração “quebra de gelo”, condição necessária ao moderador e pesquisador, adotei, como estratégias: a música, a poesia, pensamentos, (caixa de pensamentos e canções), o lanche, a hora do lanche.

A cada encontro, era feita a leitura de uma poesia e algumas reflexões sobre ela no início dos trabalhos. A música foi utilizada uma vez, e como tema. No final de cada encontro, todos os membros retiravam, aleatoriamente um pensamento da “caixa de pensamentos e canções”, que era lido voluntariamente para o grupo, ficando como mensagem.

Identifiquei, em relação aos temas abordados, significativas diferenças no conhecimento sobre o SUS, e de capacidade crítica. Tal circunstância, muitas vezes dificultava a participação de todos no grupo. Havia tendências à polarização nas participações, exigindo habilidade do moderador para administrar tais circunstâncias e, sem melindres, permitir a participação de todos. A

instrumentalização feita com documentos relativos ao tema nem sempre era utilizada pelos membros do grupo, exceto raras exceções. Essa condição, associada sempre ao interesse do grupo, muitas vezes nos colocava em uma posição de moderador com perfil de professor tradicional, que passa um conteúdo novo para a turma. Nessas ocasiões, a contribuição para a pesquisa em si ficava prejudicada, o que nos levava a preocupações relativa aos dados a serem obtidos. Por outro lado, muitas vezes, o grupo buscava um caminho próprio para responder ao tema e faziam relações com sua prática e, principalmente, com suas ansiedades profissionais, e acabavam emergindo novos temas, nem sempre com uma relação direta ao que nos propúnhamos inicialmente. Era, contudo, nestes momentos que obtínhamos grandes quantidade de informações quanto à implementação prática dos princípios do SUS.

5.7 – Registro, Organização e Análise dos Dados

O modo de registro dos dados adotado no trabalho com o grupo, como já foi referido anteriormente, foi a gravação. Esse método de registro, é importante reforçar, ter sido escolhido pelo grupo entre as alternativas discutidas. Posteriormente, se fazia a transcrição das falas, adotando-se a identificação dos interlocutores com os respectivos pseudônimos.

Organizados os dados em ordem cronológica, dediquei-me à leitura e a reflexão sobre os mesmos. Busquei identificar, através dos depoimentos dos membros do grupo, os fatores intervenientes na implementação dos princípios filosóficos do SUS na prática assistencial desenvolvida nas Unidades Básicas de Saúde. Tal tarefa exigiu-me várias leituras das falas, depoimentos, extraíndo códigos dos textos. Esses códigos foram agrupados segundo suas semelhanças; e resultaram em categorias. Essas categorias permitiram a classificação em dois grupos: as relativas aos fatores desfavoráveis; e, propostas e perspectivas para o

futuro na implementação dos princípios do SUS nas Unidades Básicas de Saúde, pois, não identificamos fatores favoráveis à esta implementação.

As características individuais dos membros do grupo, que aparecerão na análise e apresentação dos dados, foram coletadas em entrevistas semi – estruturadas ocorridas no decurso dos trabalhos, e de modo informal. Os dados relativos à caracterização do sistema público municipal se deu através de levantamento de dados junto à Secretaria Municipal de Saúde e do conhecimento que tenho do sistema de saúde pública local, pois atuei, profissionalmente, na sua construção, em várias funções, desde 1985.

6.0 – Apresentação e discussão dos resultados

6.1 – O Grupo

A constituição do grupo me pareceu o desafio principal, pois, considerando alguns aspectos, tais como o de não terem, de início, compromisso com a proposta que lhes foi apresentada, sua participação era voluntária; a necessidade de liberação do trabalho pela instituição; a existência de profissionais com mais de um vínculo empregatício, entre outros compromissos diários, dificultando a construção de um espaço comum no dia-a-dia; o enfrentamento dos "saberes" das condutas, pois a pretensa homogeneidade de serem enfermeiros(as), fato que deveria ser um elemento facilitador, traz em si também determinado nível de competição no saber, na condição hierárquica da instituição, na inserção social da comunidade, no mercado de trabalho local. Essas foram as barreiras a serem superadas a partir da formação do grupo e na sua implementação.

A superação dessas barreiras foi possível graças ao diálogo horizontal franco e à seriedade com que as atividades se desenvolveram. O perfil dos componentes do grupo, que denota maturidade, foi fator colaborador na condução das atividades e na constituição do grupo.

Entendo que a formação do grupo, enquanto a reunião de seus participantes, foi um processo que se estabeleceu a partir do primeiro encontro e que se manteve. Contudo, a formação do grupo enquanto todos se perceberem como parte e, ao mesmo tempo, perceberem como um grupo, foi um processo

mais longo. Não afirmo que ocorreu de modo completo, contínuo e progressivo. Na verdade, entendo ser um processo. Neste caso, de construção diária, ou melhor, constante a cada encontro.

Quadro II – Dados individuais relativos a idade, ano de conclusão da graduação e tempo de atividade em saúde pública e escola formadora dos participantes do grupo

Nome / Pseudônimo	Idade	Ano Conclusão da Graduação Ano	Tempo de Ativ. Em S. Pública Anos	Universidade
Cláudia	34 anos	1991	5	UFRGS
Farmacêutico	42 anos	1985	12	FEAUC / UnC
Gorda	37 anos	1986	4	UPF – RS
Laila	29 anos	1994	3	UPF – RS
Marcos	39 anos	1985	15	FEAUC / UnC
Margarida	37 anos	1984	5	FEAUC – UnC
Nheta	31 anos	1994	3,5	UPF
Regina	40 anos	1981	18	UFSM – RS
Rosa	41 anos	1994	1	UPF – RS

Há no grupo em relação ao sexo, dois homens e sete mulheres. A idade média do grupo é de 36 anos. O tempo médio de conclusão da graduação é de 10 anos, e todos já cursaram ou estão cursando especialização. Um dos membros é aluno do Mestrado em Enfermagem pela UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, além de mim.

Observando-se o tempo de formação dos participantes, quatro dos componentes do grupo concluíram sua graduação na primeira metade dos anos 90 e três, em 1994. Essa condição possibilita deduzir que esses profissionais deveriam ter estudado, em suas formações acadêmicas, temas tais como: a Reforma Sanitária; o Sistema Único de Saúde e seus princípios; a Legislação. Essa condição poderia ser um fator colaborador na condução do processo educativo e na construção de uma visão crítica sobre o tema.

De outro modo, o tempo de atividade dos participantes na área de saúde pública, em média um pouco mais de 7 anos, permite supor que a vivência, mesmo que a distância do processo de construção do SUS, propicie uma visão crítica e valorosa sobre o tema, bem como uma maior afinidade com o trabalho em grupo.

As considerações deduzidas a partir dos dados individuais, no desenvolvimento do processo educativo, foram parcialmente confirmadas. Por exemplo, o conhecimento a respeito do SUS - a legislação e seus princípios - encontramos heterogeneidade no grupo. As análises críticas que consideramos mais valiosas partiram dos profissionais com maior tempo de atuação em saúde pública, mas que por outro lado também apresentavam dificuldades de reflexão quanto às referências teóricas e políticas do SUS.

Já na valorização da importância de trabalho com o grupo, havia concordância e certa experiência com formação de grupos de estudo, por alguns membros, fato que colaborou para o desenvolvimento dos trabalhos.

A participação de todos na organização do grupo, começando com o cronograma de encontros, comprometeu-os a participarem, pois foi planejado para essa possibilidade bem como retirou, parcialmente, a postura passiva dos membros que, muitas vezes, esperavam uma posição diretiva das atividades. Quero dizer que esta condição foi parcial porque, em outros momentos, fica ainda evidente que as falas são para mim e não para o grupo, como respostas dadas para intervenções diretivas. Porém, o diálogo horizontal, a partir da exposição de minha maneira de pensar, possibilitou também que todos se expressassem de seu modo e com seus valores.

A utilização de poesias possibilitava a expressão dos sentimentos. Esta era a expectativa. Desarmar as pré concepções, permitir reconhecer o outro, o grupo, e a integração. O resultado na utilização dessa estratégia, nem sempre foi favorável à intenção, pois, muitas vezes, não ocorriam comentários, reflexões no grupo; estabelecia-se o silêncio de difícil tradução. Certamente, a subjetividade e / ou a complexidade temática de algumas poesias deixava o grupo pouco a vontade para emitir uma opinião, o que procuramos corrigir ao longo do processo.

A música foi uma estratégia muito importante, pois permitiu com facilidade, o rápido desenvolvimento temático, com um profundo reconhecimento crítico e analítico deste. Permitiu a comunicação fácil, descontraída, havendo certa unidade na leitura do tema e do contexto as que se propunha. Como elemento motivador e temático, foi o mais eficiente, bem como integrador, pois todos cantaram juntos de modo descontraído, motivando favoravelmente o debate.

Os pensamentos encerravam os encontros, levando mensagens positivas para o enfrentamento do cotidiano, das tarefas a serem desenvolvidas e para a busca de conforto às insatisfações surgidas no dia de trabalho a ser concluído. O sucesso da caixa de pensamentos junto aos membros do grupo foi importante também na integração e no processo de reconhecimento. A percepção da importância dos pensamentos identifiquei também além dos encontros, pois em visita aos locais de trabalho dos colegas membros do grupo, os vi fixados em murais de serviço. Essa condição me trouxe um desejo de presentear a todos com livros de pensamentos, já que se aproximava o Natal; o que fiz em nosso último encontro do ano.

A integração, o diálogo franco e a utilização dessas estratégias me facilitou identificar os temas centrais emergidos a cada encontro e a busca de consonância destes com os temas propostos. Possibilitou planejar os encontros também com base nos interesses do grupo, e assim facilitar o desenvolvimento dos trabalhos, como diz Freire "...procurar o pensamento do homem sobre a realidade e sua ação sobre a realidade que está em sua práxis"(Freire, 1980, p.32).

Apesar de ser um grupo em que seus componentes trabalham “juntos” na mesma instituição, e assim mantém contatos constantes, não percebi uma integração mais forte, aspecto esse que me fez refletir, pois tinha, como pressuposto inicial, que de certo modo o “grupo” já existia e que ao qual eu não pertencia. De certo modo, as duas situações foram vividas: o grupo se reconhecia como colegas de trabalho e apresentavam certa unidade. Identificava-se, de certo modo, o “status”, o papel de cada um no contexto do trabalho e, ao mesmo tempo, não apresentava uma integração sólida, refletindo uma equipe.

Para o desenvolvimento do processo ensino – aprendizagem, além da adoção de música, poesia, houve a necessidade, considerando a falta de homogeneidade com relação ao conhecimento relativos ao SUS, da instrumentalização através de textos relativos a esses aspectos. Tais textos não eram objeto de leitura nos encontros; serviam apenas como referência de leitura para os encontros, esta foi a intenção. Identifiquei no desenvolvimento dos trabalhos que a maioria dos participantes não os lia.

A falta de leitura dos textos, os quais a meu ver, poderiam levar à homogeneidade do grupo, não era a prática de seus componentes. Essa situação demonstrava certo grau de desinteresse com o tema e, muitas vezes, limitava as discussões e reflexões. Em certas ocasiões, para ampliar a reflexão, eu fazia uma breve revisão sobre o que havia lido e levava material relativo para leitura. Nessas ocasiões, a participação ficava prejudicada.

Em outras ocasiões, o grupo buscava, em consonância com o tema, explorar outros aspectos, tais como: a enfermagem e sua inserção na equipe de saúde; as dificuldades na relação como os médicos; a negligência no atendimento; as deficiências operacionais do sistema local de saúde. Nestas oportunidades, eu buscava correlacionar a temática proposta ao que o grupo estava apresentando e assim havia um melhor aproveitamento e participação.

Analisando esses aspectos do processo, evidencio que o aproveitamento do grupo sempre era maior quando era trabalhado o assunto emergido no encontro, e não aquele que havia sido previamente programado com o grupo.

Considerando uma metodologia problematizadora, o tema gerador vem do grupo e exige do seu moderador preparo para trabalhá-lo. Nesse caso, muito do planejado previamente necessitou de adaptação e de criatividade de minha parte.

O tema surgido refletia o pensamento do grupo, de sua realidade e/ou de sua percepção. A exploração deste, a partir do diálogo, permitia a construção do conhecimento ao ser relacionado com a fundamentação teórica. Nessa associação, o tema superava a compreensão do senso comum, permitindo o aprofundamento crítico e analítico da realidade. Nessa perspectiva, aprendemos todos. O tema previsto e estabelecido no grupo como central não passava de motivo para o encontro. O aprendizado surgia no processo dialógico do grupo e de sua capacidade de relacionar o tema emergido aos fundamentos teóricos existentes e de identificar lacunas a serem exploradas.

A feliz associação da utilização da técnica de grupo de convergência a metodologia pedagógica dialógico - problematizadora permitiu o desenvolvimento do processo de ensino proposto e o desenvolvimento da pesquisa.

O grupo, ao avaliar o processo, manifestou-se não somente favorável, mas também solicitou a continuidade dos trabalhos. Entendiam seus membros que esses encontros propiciavam o crescimento pessoal e profissional. Os dizeres de alguns de seus membros, na avaliação feita com o grupo comprovam a certeza dessas afirmações.

...foi muito produtivo, teve esclarecimentos de dúvidas e uma compreensão maior... Sugiro manter o grupo se reunindo mensalmente para discutir outros assuntos ou até para participar de trabalhos de pesquisa. Divulgar na imprensa os assuntos discutidos no grupo seria uma boa estratégia para o fortalecimento e a consolidação do grupo (Farmacêutico).

"A minha experiência neste trabalho, como membro do grupo, foi sinceramente enriquecedora. Apenas acho que, como membro, deveria tentar conhecer, ou melhor, estudar mais o conteúdo proposto naquele

momento, para promover uma discussão mais rica e homogênea.” (Regina).

“...acredito que o grupo é muito bom, e que quanto mais trabalhar junto, melhor vai conseguir desenvolver os trabalhos. Todos tem interesse em participar...”(Cláudia).

6.2 – As Reflexões Emergidas no Grupo em Relação aos Fatores Favoráveis e Desfavoráveis à Implementação do SUS na Prática das Unidades Básicas de Saúde

Os dados obtidos através da pesquisa resultaram na constituição de seis categorias relativas a fatores desfavoráveis, pois não identificamos fatores favoráveis relativos à implementação do SUS nas atividades práticas das Unidades Básicas de Saúde. Nas reflexões obtidas com o grupo, que apontam para fatores desfavoráveis à implementação do SUS, destacamos o que diz, como exemplo, um de seus componentes, em um dos momentos de avaliação do grupo:

A Reforma Sanitária, proposta na VIII C.N.S., com a definição dos princípios básicos que regem o SUS, está teoricamente bem estruturada, uma vez que prevê um conceito de saúde mais abrangente, onde, além do direito, é uma conquista da sociedade. Porém as mudanças têm sido lentas e, como profissional, assumo minha parcela de responsabilidade, pois falhamos todos nós quanto a sua aplicação. Vejo que, na realidade do nosso cotidiano, nenhum princípio tem sido aplicado na sua essência. Para isso, contamos principalmente com a não conscientização dos profissionais, o despreparo dos gestores de saúde, além da desinformação da clientela quanto aos direitos, os recursos limitados, entre outros. ...a reforma sanitária traz, na sua essência o anseio de mudança de um sistema de saúde que beira o caos, dependendo até hoje de uma mudança de atitude de cada um de nós, profissionais, autoridades e usuários(Regina).

Identifiquei, por outro lado, sugestões construídas pelo grupo que, segundo seu entender, se aplicadas, viabilizariam a implementação da política do

SUS, nas práticas das Unidades Básicas de Saúde, e que apresentamos como "Propostas e Perspectivas Futuras". Não foi possível classificá-las como fatores favoráveis, pois essas não existiam na prática do sistema local de saúde.

Essas categorias, analisadas separadamente, não significa que estejam dissociadas; muito pelo contrário, há um inter-relação que dificulta estabelecer seus limites e contornos. Algumas se sobrepõem; outras se somam, de acordo com o enfoque proposto.

A) Fatores desfavoráveis à implementação do SUS na prática das Unidades Básicas de Saúde

1ª - Modelo Curativo

O modelo curativo vigente nas práticas das Unidades Básicas de Saúde foi um dos fatores apontados pelos participantes do estudo como desfavoráveis à implementação do SUS.

Com frequência se discute, no âmbito da saúde coletiva, a busca de definições para "modelo de saúde" que está sendo implementado na prática de assistência de nossos serviços públicos. Há quem diga que o desconhecimento do modelo implementado, impede os avanços necessários no setor. Nessas discussões e leituras, evidencia-se o uso de "modelo" para referir-se ao modo de aplicação dos conhecimentos no campo da saúde para a organização das ações de saúde. Deste modo, nomeia-se de modelo clínico ou epidemiológico, que traz em si uma concepção sobre processo saúde - doença. Por outro lado, há também o uso de "modelo" como forma de definir a organização de serviços de saúde, tipos de instituições prestadoras e suas hierarquias entre si. Assim, diz -se de modelos hospitalocêntricos, privados, públicos, do serviço de atenção primária, secundária, terciária, entre outras. Fica claro que, ao falarmos de modelo, estamos falando da organização das ações de saúde enquanto serviços e o que é que tomamos como problemas de saúde.

Na identificação da categoria modelo curativo, portanto, tem-se uma amplitude para análise que perpassa toda a dinâmica do sistema local de saúde, entendido, neste caso, de que modo assistência é prestada, sua organização, bem com, os elementos formação dos profissionais de saúde e o modo de financiamento do SUS, que são fatores determinantes no desenvolvimento das ações e serviços.

As variáveis mencionadas e relativas a dinâmica assistencial, serão uma constante, considerando as categorias evidenciadas na pesquisa. Essas variáveis estão presentes em outras categorias, contudo, a partir de enfoques diferentes, relativos ao que foi evidenciado no grupo.

Partindo-se dos códigos originais dessa categoria, traduzidos pela fala dos membros do grupo, verifica-se que a abordagem referida está centrada nos aspectos relativos a modelo enquanto concepção do processo saúde – doença e a este, o modo operante da assistência prestada nas Unidades Básicas de Saúde. Vejamos o que dizem:

...o que o Farmacêutico estava falando é no modelo clínico, né? Que é atender a demanda. É o curativo. Que é atender a demanda. Centralizado na figura do médico, não existindo nada, como, por exemplo aqui. O que temos, por exemplo em sistemas de informação? Nós trabalhamos por demanda. Agente atende o que aparece no posto. Que já está doente. E cadê o modelo epidemiológico? (Gorda)

“...existem bons exemplos, na saúde pública, que têm dado certo, mas a grande maioria é falho. ...A filosofia, a linha de trabalho dos dirigentes na área de saúde no país é totalmente inversa. É dada muita prioridade à área curativa, apesar de termos que dar essa atenção; afinal, somos um país de doentes...”(Farmacêutico)

Considerando as concepções sobre o processo saúde – doença, que norteia o paradigma sanitário estabelecido no SUS, onde é reconhecido a determinação social das doenças, a adoção de uma prática centrada em ações curativas de atendimento à demanda evidencia claramente uma distorção do preconizado pela reforma sanitária e pela própria política de saúde, já que o modelo de saúde que tem como base o paradigma sanitário, tem, em sua compreensão sobre o processo saúde – doença, a determinação social desta. E a

sua prática, na assistência à saúde, está centrada na integralidade das ações e serviços.

Há, na afirmação, a percepção da dissonância relativa à prática e à implementação do princípio da integralidade previsto no SUS. Não se evidencia a superação da dicotomia curativo – preventivo proposta por esse princípio que envolve a ação curativa associada à ação preventiva, ou seja, a unidade de saúde deveria, através de seus serviços, ter ações de caráter preventivo dirigidas à população de sua abrangência, associadas a ações de assistência curativa. E mesmo esta última deveria estar “revestida” do próprio caráter preventivo que seu nível de ação exige. O que não é uma prática, pois evidencia-se que

...não simplesmente virem aqui e atenderem 16 consultas e, muitas vezes nem olhar para a pessoa, dar a receita e simplesmente deu. Eu peguei um caso agora à tarde de uma paciente do preventivo do câncer cervico – uterino, tem um filho de 15 anos, e agora pela primeira vez fez um exame citopatológico. ... sempre teve atendimento na unidade básica... (Nheta).

Analisando-se a dinâmica da assistência das Unidades Básicas de Saúde e a própria implementação dos programas preconizados pelo Ministério da Saúde, identifica-se também a existência de hiatos com relação ao princípio da integralidade, pois o atendimento centrado na demanda espontânea, de caráter curativo, constitui-se na tradução do modelo médico – curativo que, em geral, desconsidera a implementação das práticas políticas preconizadas pelo SUS.

O princípio da integralidade parte da concepção de que toda a situação individual é também uma situação coletiva. Não há conflito entre uma atenção individual e coletiva. Sou contrário ao atendimento de cunho coletivista. Entendo que a singularidade humana exige atendimento individual com características ímpares de relacionamento serviço e cliente. Essa é uma consideração relativa ao atendimento em si. Porém, o que é estabelecido na integralidade das ações é que a atuação dos serviços de saúde sobre um indivíduo devem pertencer a um projeto integrado de ações de saúde, na qual haja articulação com as ações coletivas.

O atendimento à demanda espontânea nos serviços de saúde pode ser utilizada para a construção do "projeto da integralidade", ou seja, o desenvolvimento do princípio preconizado. Identifica-se, através do atendimento da clientela por demanda espontânea, a possibilidade de uma "leitura" quando do seu conjunto de necessidades e, desta forma, a tradução de dados e informações relativas a aspectos epidemiológicos, culturais, entre outros. Devemos compreender o fenômeno coletivo, e a demanda espontânea é um bom elemento para a construção da integralidade. Para tal, devemos incorporar a demanda espontânea gradualmente na própria construção de uma nova relação desta com o serviço de saúde, ou seja, respeitá-la como cidadã e, conjuntamente, construir a resposta de integralidade possível.

Nesta perspectiva, Farias (1998, p.75) propõe que os serviços de saúde, em especial as Unidades Básicas de Saúde (Centros de Saúde), devem pensar saúde, e não se restringirem à assistência bio-clínica. Entende a autora que essas atividades devem ser ampliadas. E essa ampliação deve seguir para uma emancipação do sujeito/usuário, e que este passe a participar ativamente na construção de ambientes saudáveis, não se limitando à saúde individual e particular.

O atendimento à demanda espontânea, como modelo de assistência, caracteriza o modelo biomédico centrado na cura de doenças e derivado de um paradigma diretivo não participativo. Não integra usuários e serviço de saúde, impedindo também a integração entre os serviços e demais instituições prestadoras. O usuário, frente ao modelo curativo, desarticula-se na dinâmica da assistência, gerando a procura por serviços de modo fragmentado, desrespeitando a hierarquização e assim exigindo, de modo crescente, a ampliação fragmentar do sistema de saúde.

Farias aponta em seu estudo para a desesperança do modelo que está centrado na realidade das doenças, e que por ser hegemônico, não permite, em sua estrutura, a construção de um espaço onde o indivíduo/usuário seja sujeito. A autora encontrou, em seu estudo, também, que a maioria das Unidades Básicas de Saúde "têm seu funcionamento determinado pela demanda a esse serviço, e

que a ação assistencial está restrita aos corpos dos indivíduos, às suas dores e emergências” (Farias, 1998, p.66 – 68).

Tenho, a partir deste estudo, a concepção clara de que o princípio da integralidade deve ser o norteador básico para o desenvolvimento das práticas assistenciais; do contrário, os demais princípios têm também impedida a sua implementação. A integralidade, portanto, traduz a prática do conceito de saúde ampliado proposto na VIIIª Conferência Nacional de Saúde, e permite a construção de um sistema de saúde que vem ao encontro das realidades locais, permitindo sua estruturação de forma hierarquizada regionalmente, como prevê o SUS. Permite ainda a superação do modelo curativo centrado na doença, para uma ação em saúde.

2ª - O Despreparo dos Profissionais de Saúde; o reflexo do seu trabalho

O grupo apontou o despreparo dos profissionais de saúde, como um, entre outros fatores, que dificultam a implementação das políticas de saúde nas Unidades Básicas de Saúde. O despreparo referido é entendido como a não incorporação do novo paradigma emanado da reforma sanitária e seus princípios na atuação profissional, o que reflete na sua relação com o trabalho e assim com o usuário.

Teve-se como evidente também, para a construção do SUS, a necessidade de se dar maior ênfase ao papel fundamental que têm os profissionais de saúde neste processo. Acredito que eles podem gerar as transformações necessárias à sua viabilização.

Para Merhy, “Sabemos que se não alterarmos o modo como os trabalhadores de saúde se relacionam com o seu principal objeto de trabalho – a vida e o sofrimento dos indivíduos e da coletividade, representado como doença – não basta corrigirmos procedimentos organizacionais e financeiros das instituições de saúde”(Merhy, 1997).

O despreparo dos profissionais, que conceituamos inicialmente, é refletido pela enormidade de problemas gerados no interior das Unidades Básicas de Saúde no País e que, de modo geral, demonstra a dificuldade de cumprir o seu papel de instrumento de serviço em favor da saúde individual e coletiva.

O não cumprimento do seu papel está demonstrado através da falta de eficácia e efetividade de seus serviços. A nível nacional, podemos identificar, através da piora de alguns indicadores do padrão de saúde da população, e o ressurgimento de doenças evitáveis e erradicáveis. Para Merhy (1997, p.125), essa condição demonstra "uma contribuição pouco efetiva das atuais ações de saúde na promoção e proteção dos indivíduos e coletividade, expressando a capacidade de impacto do atual modelo tecno-assistencial adotado pelo sistema de saúde brasileiro".

A análise desta questão tem um foco com base na macropolítica de saúde, que emana dos princípios norteadores do SUS, extraídos da legislação, e sua efetiva ou não implementação, e outra da micropolítica do trabalho que se desenvolvem nas Unidades Básicas de Saúde traduzidas pela relação entre a equipe de saúde, e o profissional com o usuário.

"...quer ver, nós profissionais não estamos preparados para este modelo. Nós temos ainda dificuldade em dividir, compartilhar o nosso conhecimento técnico, na equipe de saúde mesmo"(Farmacêutico).

"...no planejamento familiar, a gente está praticamente impondo. Você vai receber o anticoncepcional, você vai fazer laqueadura, mas você tem que trazer o comprovante do preventivo do câncer cervico-uterino, do contrário... e se a gente não fizer isso, não fazem"(Cláudia).

Analisando-se a macropolítica de saúde que emana do SUS, identificam-se, na Constituição Federal, em seu artigo 200, as competências do Sistema Único de Saúde, e entre elas está o de "ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde," o que reforça a hipótese da necessidade de profissionais voltados para esse novo paradigma na saúde pública brasileira. Assim, temos, como compreensão inicial, que o investimento na formação de recursos humanos

para a saúde tem que estar em consonância com as diretrizes e princípios estabelecidos no SUS e nas suas necessidades.

Porém, ao nos aprofundar nas razões do porquê da baixa eficácia e da efetividade dos serviços das Unidades Básicas de Saúde é que surge também, como reflexo, o despreparo profissional. Identificam-se, como elementos também, o financiamento, o clientelismo político de gestores, a incapacidade administrativa, o modelo de hegemonia médica, centrada na cura da doença, entre outros, fatores esses que devem ser considerados, devido à sua importância e influência sobre a micropolítica do trabalho cotidiano em saúde.

...sem recursos não se trabalha. Criou-se o SUS, com atribuições nas três esferas de governo e saúde como dever do Estado, contudo não se criou uma dotação orçamentária que dê conta... e ainda o que é destinado ainda é desviado. São diversos fatores que levam a saúde ao caos. Os próprios profissionais desestimulados, que até por tentarem fazer as coisas, mas cansam dar muro em ponta de faca, né? (Farmacêutico).

Porém, nos perguntamos: São somente esses fatores macropolíticos, conjunturais, que geram a ineficácia, a baixa efetividade dos serviços prestados nas Unidades Básicas de Saúde? Ou ainda, que impedem a implementação efetiva do SUS e seus princípios no cotidiano da assistência desenvolvida?

No estudo desenvolvido com o grupo, essa categoria está representada pelos códigos traduzidos por "...profissionais não comprometidos;" "...atuação da enfermagem como auxiliar do médico;" "falta de autonomia da enfermagem" que transcreveremos adiante. Essas manifestações estão inseridas no contexto da análise a partir dos serviços vividos pelos profissionais, e assim, vinculados com o modelo médico – curativo e, principalmente, com a micropolítica do trabalho desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde, sob a ótica de prestadores de serviço.

Suas falas demonstram a necessidade de mudanças na condução da assistência pelos profissionais de saúde e estão fundamentadas na micropolítica do trabalho cotidiano das Unidades Básicas de Saúde. Mudanças quanto ao comportamento técnico – político, assistencial, que inclua o reconhecimento da causalidade social entre os múltiplos fatores condicionantes no processo saúde e

doença e ainda, como já foi dito, superar a dicotomia preventivo – curativo, individual - coletivo. Mudança que possibilite aos profissionais terem uma visão de ação integral, permitindo o estabelecimento de uma nova relação entre equipe de profissionais e usuários. A busca de um outro modo de operar o trabalho em saúde, uma relação solidária, um trabalho coletivo de saúde.

“...eu acho horrível o que a gente faz. Melhor o que a enfermagem faz hoje. Claro a gente faz coisas ótimas. Mas tem coisas assim, que não consigo entender. Não me entra como função da enfermagem, é ficar lá com a nossa equipe fazendo pré e pós consulta, funcionando como ‘auxiliado’ do médico...”(Gorda).

“...está na mão de quem mudar o modelo? Está nas nossas mãos, de mais ninguém. Assisti à palestra, agora no Congresso Brasileiro de Enfermagem, do Gastão Campos, uma pessoa que tem uma clareza impressionante, né. Ele reforçou, colocando, que quem vai mudar o modelo são os profissionais de saúde. Não é o governo, não é o povo” (Gorda).

“É, também vai dos profissionais se comprometerem com o atendimento e não simplesmente virem aqui e atenderem dezesseis consultas, e muitas vezes nem olhar para a pessoa, dar a receita e simplesmente deu...”(Nheta)

Ao analisar essa categoria, e defrontando com o preconizado pela política de saúde, não identifiquei, nesta última, uma explícita recomendação ou critérios, parâmetros para atuação profissional com o enfoque que se propõe, que interfira na micropolítica do trabalho. Essa é encontrada na literatura e no que se sente como necessidade a partir do cotidiano da assistência prestada pelas Unidades Básicas de Saúde. Evidentemente essas “recomendações,” estão implícitas no paradigma sanitário norteador do SUS, na ética. E mais facilmente a encontramos na insegurança do usuário, no tipo de atendimento, do qual muitas vezes é vítima.

Os apontamentos oriundos da legislação do SUS, que mais se aproximam, indicam somente para a elaboração de normas técnico – científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde, conforme alínea XVI do artigo 15 da Lei Orgânica da Saúde. Da mesma lei, em seu Título IV – dos Recursos Humanos – artigos 27 a 30, que trata dos objetivos relativos à política de recursos humanos para o SUS. (Brasil, 1994a). De modo geral, a legislação indica a necessidade e a

disposição para a formação de recursos humanos em consonância com as diretrizes do SUS, bem como dos treinamentos em serviço. Contudo, o que efetivamente é implementado no contexto do SUS, são as normas técnico – científicas. É em geral sobre elas, que são desenvolvidos treinamentos.

[Como Farias(1998, p.67), evidencia-se, relativo a normas técnicas, que elas apresentam um pensar a saúde de modo vertical, frente a agravos, doenças. Seu pensar está voltado à doença; sua lógica organizacional é centrada no ato médico, e assim, segmentada por especialidades e patologias. Prevê ações de saúde nos três níveis de atenção, e descreve o papel que cada um dos agentes de saúde tem, frente a cada programa e/ou agravo para cada nível de atenção à saúde preconizada. Visam elas, ao controle do fenômeno doença, agravo ou situação de risco, assim, não modificando a relação do trabalho dos profissionais de saúde com o usuário, coletiva e individualmente.

Como diz Merhy,

Temos como desafios efetivos, a busca de um outro modo de operar o trabalho em saúde e de construir a relação do trabalhador com os usuários do sistema de atenção à saúde, edificando uma relação mais solidária entre os trabalhadores e os usuários e os próprios trabalhadores do ponto de vista do seu desempenho técnico, e da construção de um trabalhador coletivo na área da saúde(1997, p.126).

Precisamos nos responsabilizar por boa parte da qualidade dos serviços prestados, pois temos que primar pela “cidadanização” da assistência à saúde, construindo, com o paciente, a dignidade do trabalho em saúde.

O que devemos acrescentar, na preparação de profissionais de saúde e em especial, de enfermagem que possibilite a concretização de uma assistência digna, efetiva, eficaz nas Unidades Básicas de Saúde? Com base na literatura e na minha experiência profissional, ousou apresentar alguns elementos de reflexão que podem ser adicionados ao processo de formação, treinamento, além dos aspectos técnicos, e que poderão auxiliar nesta construção:

- A humanização, traduzida pelo respeito à vida, à solidariedade; que permita a construção de vínculo entre usuário e profissionais, o acolhimento;
- a gestão e a assistência dirigida, centrada no usuário e não no serviço;
- o desafio na produção de modelos assistenciais, que se contrapõem ao modelo médico hegemônico.

3ª - Falta de Informação

Esta categoria é apontada pelo grupo de estudos como fator impeditivo para a implementação das políticas de saúde na prática de assistência nas Unidades Básicas de Saúde. A categoria "falta de informação", é utilizada com os sentidos de:

- a falta de informação enquanto instrumento para o planejamento das ações e serviços nas Unidades Básicas de Saúde;
- a falta de informação enquanto instrumento de informática que possibilite uma melhor dinâmica na assistência;
- a falta de informação da comunidade quanto às formas de ter acesso e usufruir os serviços e de exigir seus direitos;

A análise desta categoria, portanto, busca contemplar as dimensões que foram apontadas como impeditivas para a viabilização das políticas de saúde na prática assistencial nas Unidades Básicas de Saúde. Para facilitar a exposição, subdividi esta categoria em três tópicos.

A) A falta de informação em planejamento da saúde

Esta subcategoria é a mais criticada pelo grupo como um fator impeditivo para o desenvolvimento de uma prática na qual sejam respeitados os princípios do SUS.

...a gente atende o que aparece no posto, que já está doente. E cadê o modelo epidemiológico? Onde se trabalha em cima de indicadores daquilo que realmente agente precisa. Como por exemplo na UBS lá no bairro onde eu trabalho, quero saber. O que realmente eu tenho de problemas de saúde lá? Onde que eu posso intervir antes das pessoas virem até o posto. Cadê o nosso sistema de informação? ... qual é a situação epidemiológica de cada Unidade Básica de Saúde? (Gorda)

A informação permite, e é o "elemento chave" do planejamento em saúde, e este último, visa dar as condições para que se organize, se dirija o sistema de saúde, como o objetivo de intervir sobre uma dada realidade, com o propósito de promover mudanças. O planejamento é constituído de várias etapas que se interrelacionam, se retroalimentam de modo dinâmico. As etapas, considerando o planejamento em saúde com base no SUS, sinteticamente podem assim serem apresentadas, segundo Evangelista(1994, p.20): conhecimento da realidade; formulação de políticas, definição de estratégias, programação de ações e de recursos financeiros, acompanhamento e avaliação.

O SUS, em seu arcabouço técnico e jurídico, estabelece a necessidade de planejamento, bem como institui, em nível nacional, instrumentos necessários e comuns para o seu desenvolvimento. Entre os instrumentos previstos no SUS, que buscam viabilizar o planejamento e a gestão em saúde, destacamos o plano de saúde e o relatório de gestão. Esses instrumentos são básicos,. Mas há outros como, por exemplo, a Programação Pactuada e Integrada - PPI, que visa à organização do sistema, envolvendo as atividades de assistência ambulatorial, hospitalar, vigilância sanitária e epidemiológica, buscando prever e prover a alocação de recursos e de um sistema de referenciamento, tentando garantir o acesso da população a todos os níveis de assistência.

Estabelece a Lei Orgânica da Saúde,(art.7º, 36º) e, em seus princípios e diretrizes, a utilização da epidemiologia, para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática. Determina ainda que o planejamento e orçamentação do SUS será estabelecido de forma ascendente, atendidas as deliberações de competência em cada nível de gestão e a disponibilidade de recursos(Brasil, 1994a).

A informação que deve alimentar o sistema para propiciar o planejamento e, em última análise, as práticas assistenciais do SUS, em qualquer nível de atenção, também são previstas na legislação e nos instrumentos técnicos operacionais. Os sistemas de informação estabelecidos pelo SUS são diversos. Por isso citaremos os mais importantes:

- De nível ambulatorial; Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS, que visa estabelecer a produtividade físico – financeira, e que poderia também ser utilizado para identificar a morbidade ambulatorial e/ou situações de risco pelo atendimento. Porém, esta última utilidade do sistema não está em funcionamento no Rio Grande do Sul. Tem como instrumento de coleta de dados a Ficha de Atendimento Ambulatorial – FAA;
- De nível hospitalar; Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS, que tem os mesmos objetivos do SIA/SUS, estando plenamente implantado, tendo na Autorização de Internação Hospitalar o documento que propicia a coleta de dados relativos ao evento internação;
- De nível ambulatorial, e também abrangendo os programas de atenção básica em saúde: o SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica, que visa coletar informações relativo as ações básicas desenvolvidas;
- Epidemiológicos: SIM – Sistema de Informação de Mortalidade; SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos; SINAN – Sistema de Informação de Agravos Notificáveis.

Esses sistemas de informação são administrados nos três níveis de gestão, desde que haja no município condições técnicas operacionais para tal. Este conjunto de sistemas gera a coleta de informações necessárias para o planejamento e gestão nas três esferas.

A origem das informações que alimentam para todos estes sistemas está na prática cotidiana da assistência, nas ações e serviços desenvolvidos, sem contar nas inúmeras informações decorrentes de cada programa de modo mais específico.

Evidencia-se contudo, que nem sempre os profissionais de saúde, conhecem ou têm a seriedade necessária no registro de dados, dados que permitam qualitativa e quantitativamente estabelecer uma informação que realmente retrate a realidade coletiva do trabalho em saúde e/ou do quadro epidemiológico da população envolvida, atendida nos serviços. Infelizmente, muitos nem conhecem esses sistemas, hoje, que em sua maioria, estão disponíveis na Internet.

Vocês sabem aquela informação que temos que passar sobre a IRA – Infecção Respiratória no Adulto, um exemplo. Vocês sabem, a doença respiratória e a doença diarreica é um indicador, né. E não se tem dados disto, agora por exemplo, vieram umas crianças de uma escola querendo saber sobre o número de casos de pneumonia. Eu tenho de onde tirar? Tenho que dizer a eles para irem pedir nos hospitais, a morbidade hospitalar. Mas acho que estes dados são importantes para o município a nível ambulatorial. Vocês vejam, nós temos um profissional que trabalha aqui, e que atende a grande demanda de doenças respiratórias e a planilha fica em branco, ele não marca. Se eu for pegar as suas Fichas de Atendimento Ambulatorial – FAA's, eu também não consigo tirar nada de informação. Eu, fico me sentindo assim, em trabalhar a realidade e não conseguir enxergá-la (Regina).

Temos que manifestar também que os sistemas de informação estabelecidos no SUS, a nível nacional, são extremamente úteis para a gestão. Há um constante aprimoramento na capacidade de se extrair relatórios com o cruzamento de dados destes sistemas, permitindo análise úteis do ponto de vista epidemiológico, organizacional e financeiro. Porém, há também a necessidade de que os sistemas locais de saúde saibam operá-los e os alimente com informações corretas. Outro aspecto é o da necessidade, a nível local, de serem constituídos

sistemas próprios de coleta de informações e análise, considerando suas peculiaridades e interesses da coletividade, e assim, desenvolvendo uma atuação com maior eficácia e efetividade nos seus serviços.

A informação em saúde, como já foi dito, é um dos elementos estratégicos de grande importância para o processo de mudança. Essas informações devem, segundo Evangelista, "...funcionar como intérpretes e sinalizadores das necessidades/ problemas da população e permitir também a construção de indicadores de saúde, como forma de instrumentalizar os diversos níveis de gerência na decisão das ações e na avaliação, controle do impacto delas sobre os problemas de saúde"(1994, p.22).

A informação, para ser valorizada a partir de sua origem, pelo profissional que a registra, deve retornar transformada em um instrumento útil para o seu trabalho. Assim, este passa a entender, a partir dessa retroalimentação, a sua importância e a utilizá-la no cotidiano do seu trabalho. Isso é o que pressuponho, frente à realidade vivenciada.

Partindo-se desta observação, temos a evidência de que os sistemas de informação estão colocados de cima para baixo, no sistema local de saúde, e como foi visto, não gerando a informação necessária para o desenvolvimento da prática assistencial e não permitindo um planejamento de sua ação em sua área de abrangência. Há a necessidade de descentralizar a informação, permitindo a cada Unidade Básica de Saúde que disponha de dados atuais relativos à sua atuação, e do contexto em que se encerre, pois são os serviços desenvolvidos nelas, que alimentam os sistemas.

"A informação em saúde deve contribuir com a construção da cidadania e com a eliminação das desigualdades sociais," diz, Evangelista (1994, p.22). Frente a esta realidade temos convicção da necessidade de capacitação de profissionais de saúde e gestores, para que a informação possa cumprir o seu papel de instrumento contra as iniquidades em saúde.

B) Informação e informática

Apesar de ser hoje quase impossível separar a informação da informática, o fizemos enquanto análise dessa subcategoria, pois nos pareceu importante destacar o papel que esta tecnologia tem na organização, controle e avaliação das informações. Essa também foi a expressão que o grupo apresentou, pois evidenciou este que a ausência da informática, enquanto tecnologia, é um fator que dificulta a implementação e uso de informações que possam permitir o incremento dos princípios do SUS nas práticas de saúde desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde.

As implicações da falta dessa tecnologia no cotidiano das atividades das Unidades Básicas de Saúde vão desde a dificuldade com os prontuários dos pacientes (pois em serviços de grande demanda este não existem) até o controle da cobertura vacinal, o controle sobre o consumo de fármacos, entre outros.

“...um exemplo da necessidade da informatização das UBS é a vacinação, onde há perda de dados refletindo na cobertura vacinal. Acredito que a cobertura vacinal aumentaria com o uso desta tecnologia. Um sistema integrado de informática permitiria a atualização dos registros de uma criança que hoje é vacinada aqui e amanhã em outra UBS” (Marcos).

“... o prontuário. É a economia de medicamentos e exames em função de um paciente que muitas vezes consulta em locais diferentes. Muitas vezes em uma semana é avaliado por profissionais diferentes sem que se tenham dados acumulados em cada avaliação” (Gorda).

“... o consumo de medicação é grande no município, a gente sente em função do que é produzido na Farmácia Municipal, e o que é comprado, e pela busca da população. Alguém me falou hoje que os Agentes Comunitários de Saúde, identificaram nas visitas às casas, dizem que há um horror de medicamentos estocados lá...” (Farmacêutico).

A descentralização da informação e da gestão implica, necessariamente, na estruturação de instrumentos tecnológicos que visem permitir maior agilidade e precisão na condução do SUS, para com isso, de modo mais efetivo e eficiente, permitir mudanças na realidade da saúde das populações. O próprio SUS já indica a necessidade da informática quando apresenta o projeto – RNIS – Rede Nacional de Informações em Saúde - que visa prover acesso e intercâmbio de

informações em saúde para gestão, planejamento e pesquisas para gestores, agentes em saúde e usuários (FUNASA, 2000).

O RNIS, com financiamento do Banco Mundial e parceria com os estados e municípios, tem a missão de facilitar o desenvolvimento de uma rede de informações eletrônica, atingindo todos os municípios do País (FUNASA, 2000). Fora estas evidências, destacamos que as informações sistematizadas na rede de Unidades Básicas de Saúde, através de "meio papel," passam para as instâncias regional e estadual em meio magnético. E os municípios capacitados tecnologicamente podem obter para uso os sistemas de informática que, como já foi dito, estão disponíveis em rede, na Internet.

Considerando a complexidade do sistema local de saúde, no contexto em que o estudo foi realizado, entendemos e reconhecemos a necessidade da informática para a viabilização dos princípios do SUS na prática das Unidades Básicas de Saúde. E ainda temos a questionar os fatores que impedem esse incremento tecnológico nesses serviços ao os compararmos com investimentos de maior custo efetuado com maior frequência na área hospitalar.

"...sabe, em Porto Alegre, esse sistema de informação foi criado com poucas pessoas e agora tem todo um departamento. Todo informatizado é claro. Começou sem ser informatizado, hoje tem uma série de pessoas trabalhando um sistema de informações, porque é vital" (Gorda).

C) Informação para os Usuários

A Lei Orgânica da Saúde, em seu artigo 7º, alínea VI, estabelece entre os princípios e diretrizes do SUS a "divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário."

...quer ver? Em relação aos serviços, eu vejo todo o dia, me deparo com cinco a seis situações, aí no gabinete. Em que pacientes foram em consultórios particulares, e depois não tem condições de... Aí eu pergunto por que não foi na Unidade Básica de Saúde do Bairro? E a resposta muitas vezes é, me disseram que lá não tem médico, não atendem. Mas quem disse? Ah, o pessoal. Eu não vou muito a fundo, sabe. É comum acontecer...(Farmacêutico)

{ A falta de informação da comunidade, quanto aos serviços oferecidos e seu modo de funcionamento, a sua capacidade de oferta de serviços e programas fere frontalmente os princípios do SUS. Reflete ainda que a participação social, outro princípio político do sistema, não está tendo êxito. A existência do Conselho e da Conferência Municipal de Saúde, previsto na legislação (Lei 8.142/90), não garantem a sua prática nos sistemas locais de saúde. São espaços previstos, mas são dependentes da construção da cidadania. Segundo Barros, a cidadania não pode ser dada por alguém ou oferecida como favor. "Ela exige que cada um saiba dizer; eu tenho direito – pois só haverá o efetivo reconhecimento pelo outro desse direito se houver, ao mesmo tempo, o auto reconhecimento."

{ A construção da cidadania exige mudanças profundas na sociedade e na ação do Estado. Esses espaços, Conselhos e Conferências de Saúde representam significativos avanços na estrutura do Estado. Contudo, sua prática é dependente do plano das relações sociais, onde cada pessoa tem que se reconhecer e reconhecer o outro como portador de direitos. Depende, portanto, da transformação da visão de mundo e do comportamento das pessoas, e nesse particular, da informação básica sobre seus direitos. Neste caso, a informação também é um elemento estratégico para a construção da cidadania, junto com o acesso à educação, ao trabalho, entre outros.

"...O que está faltando é divulgação, de nossos serviços. Todo mundo fala mal do SUS, e nós temos coisas muito boas ou melhores que qualquer outro serviço e ninguém valoriza" (Cláudia).

"...não vamos muito longe, até o comercial da Prefeitura, que mostra a saúde pública, mostra o Hospital. Não mostra nem uma Unidade Básica de Saúde, nós não fomos contemplados. Se vocês olharem, mostra a ampliação do Hospital. Fala em Saúde Pública, mas nem uma unidade é mostrada" (Claudia).

{ Para Carvalho(1997, p.108), é evidente que os Conselhos têm funcionado como espaços fomentadores na constituição de entidades coletivas e de sujeitos

políticos, e assim, agentes de difusão da informação, configurando um fenômeno inédito na história brasileira pela velocidade e escalada em que ocorreu. Temos a considerar, entretanto, que o dinamismo desses órgãos varia conforme a cultura política e as relações de poder em cada local. Há a necessidade de que seus membros tenham representatividade para que esse possa ter legitimidade. A legitimidade dos membros do conselho nasce do seu reconhecimento enquanto representante de um determinado segmento. Nos reportamos aos Conselhos de Saúde, pois é também sua atribuição estimular a participação comunitária no controle da administração do SUS (Conselho Nacional de Saúde, 1992).

Esta consideração não retira a obrigação e a responsabilidade do Estado, aqui entendendo os três níveis de gestão do SUS: a responsabilidade de divulgar, de informar a sociedade sobre seus direitos, incluindo nestes as informações relativas aos serviços e ações de saúde.

Outro segmento que tem responsabilidade fundamental na construção do SUS e na capacitação da comunidade, através da informação e educação, para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo, que é a promoção da saúde, são os profissionais do setor. Essa ação deveria estar incorporada na sua prática cotidiana da assistência desenvolvida nas Unidades Básicas de Saúde.

4ª - Cultura dos Usuários Frente aos Serviços

"...é uma coisa que a comunidade está acostumada; criaram uma cultura, que é a unidade do centro que resolve tudo. Pode até ser o mesmo médico, mas se está consultando no centro é melhor"(Nheta).

O grupo identificou na cultura criada pela comunidade, com relação à demanda dos serviços nas Unidades Básicas de Saúde, a dificuldade de implementar os princípios de descentralização e acessibilidade. Para caracterizar

melhor esta categoria identificada, é necessário contextualizar a Unidade Básica de Saúde do Centro. É a que apresenta maior número de especialidades médicas, e está anexa à Secretaria Municipal de Saúde. Essa unidade deveria funcionar como referência em especialidades, o que não ocorre.

A cultura criada, portanto, é o reflexo do próprio modelo de assistência prestada ou seja, centrado no ato médico e voltado, portanto, para ações curativas, na visão de controle da doença, e não na promoção da saúde. Como diz Farias, (1998, p.66), "A formulação da organização dos serviços de saúde, incluindo-se aqui o Centro de Saúde, não tem tido preocupação na sua base estrutural e funcional para a construção do sujeito."

Desta forma, a cultura criada pela população, que demanda os serviços, é a de buscar a cura "na melhor porta, e a que lhe parece mais garantida," Alia-se a isso a falta de informação sobre os serviços e ações de saúde desenvolvidos, discutidos anteriormente. A gênese do problema, portanto, não é a cultura criada pela na comunidade, "por eles," e sim a cultura criada por nós, à medida que não modificamos nossas práticas e negligenciamos na informação, na não incorporação de um conceito ampliado de saúde, na manutenção de um enfoque sobre a doença.

Essas condições alimentam as dificuldades quanto ao acesso aos serviços assistenciais, ampliando a demanda reprimida, bem como favorecem a centralização dos serviços de um modo contínuo e cíclico. Permitem essas circunstâncias a "criação de outra cultura na comunidade", também identificada pelo grupo e que foi assim expressada;

"...e ainda o que é público não presta" (Regina).

"...Todo mundo fala mal do SUS e nós temos coisas muito boas ou melhores que qualquer outro serviço e ninguém valoriza"(Cláudia).

"... e ainda aquela idéia de que quando pago vou ter um atendimento melhor. O que também é verdade"(Regina).

"... você vê na televisão quantas pauladas em cima do SUS. Hoje, uma mulher ganhou o bebê no corredor, a pessoa ficou...Aí, depois

vem uma propaganda da Golden Cross, UNIMED. Então quer dizer, fica se fazendo propaganda das coisas negativas; e das coisas boas pouquíssimo se vê falar" (Regina).

Desta cultura aparentemente ambígua criada pela comunidade (em que há uma demanda acentuada específica para uma determinada unidade e, no mesmo contexto, a desvalorização do serviço público), temos aliado ao modelo curativo as relações de mercado no setor, que determinam influências para o estabelecimento deste caos.

A crescente medicalização da sociedade, retratada pelo consumo crescente de produtos farmacológicos, e a progressiva especialização dos atos têm contribuído para ampliar a cultura que o atendimento eficiente e eficaz se deve, não só ao ato médico, mas ao médico especialista, e como resultado desse atendimento, deva surgir uma "receita com medicamentos e de exames complexos".

A finalidade da indústria de saúde tem sido converter a assistência à saúde numa mercadoria que pode ser vendida aos consumidores de acordo com as regras da economia de mercado livre. Para esse fim, o sistema de fornecimento de assistência à saúde foi estruturado e organizado à imagem e semelhança das grandes indústrias manufatureiras. Em vez de incentivar a assistência à saúde em pequenos centros comunitários, onde ela pode ser adaptada às necessidades individuais e exercida com ênfase na profilaxia e na educação sanitária, o sistema atual favorece uma abordagem altamente centralizada e com intensivo consumo de tecnologia, o que é lucrativo para a indústria, mas dispendioso e nocivo para os pacientes (Capra, 1992 p.254).

5ª - Condições Físicas das Unidades Básicas de Saúde

O grupo de estudos evidenciou que as condições físicas das Unidades Básicas de Saúde dificultam ações de caráter coletivo, e com isso dificultando a implementação dos princípios do SUS e o melhor acolhimento dos usuários.

...quando foram criadas as Unidades Sanitárias, foram para fornecer uma saúde barata, de qualidade duvidosa... Foram criadas para conter os movimentos populares que estavam pressionando que queriam atendimento, e não tinham. Foram construídas aquelas unidades sanitárias. Agora deram uma melhorada. A

maioria desprovida de material, sujas, com aqueles bancos de madeira ruins para sentar, né? Para ficarem pouco tempo lá dentro..., com poucas condições (Gorda).

Como já foi demonstrado quando da contextualização do estudo os prédios da rede de Unidades Básicas de Saúde existentes tem a origem nas ex - Unidades Sanitárias do Estado e ex - PAM/INAMPS, que foram recebidas quando da municipalização da saúde, com mais de 20 anos de sua edificação ou em prédios adaptados para esse fim, em casas e oficina.

Estas receberam os últimos investimentos em melhorias e ampliação há mais de quatro anos, e apresentam deficiências físicas quanto à distribuição adequada do espaço. Não apresentam espaços que possam permitir reuniões e encontros. As salas de espera estão junto à recepção e ao atendimento de "balcão", havendo, assim, um fluxo constante no ambiente, dificultando seu uso como espaço para encontros no cotidiano.

A estrutura de uma Unidade Básica de Saúde deve contemplar os parâmetros estabelecidos pela Portaria 1884/94, que prevê um perfil de acordo com o fim a que se destina; o dimensionamento dos espaços mínimos e fluxos, entre outros.

Idealmente, as Unidades Básicas de Saúde deveriam retratar esteticamente e funcionalmente a concepção de ambientes saudáveis. Deveriam permitir o conforto e facilitar as atividades desenvolvidas, considerando a existência de uma equipe multiprofissional e da participação da comunidade, integrando-a. Como, Trentini (2000, p.3) já evidenciou em seu estudo "...elas foram construídas para o desenvolvimento das ações centradas no ato médico, odontoiológico, de caráter individual."

Essas Unidades Básicas de Saúde foram construídas para propiciar uma cobertura assistencial, considerando uma população de mais de vinte anos atrás e sem um dimensionamento do potencial do crescimento nas áreas em que foram localizadas. Deste modo, além de terem sido concebidas pela ótica de um modelo de assistência da época, estão pequenas, considerando o volume de atendimento a que se propõem, na sua maioria.

6ª - O Financiamento do setor

O grupo de trabalho apresentou, como um dos fatores que dificultam a implementação das políticas de saúde do SUS, o seu financiamento. Ao discutir esse tema, ampliou sua dimensão ao considerar as variáveis que estão interrelacionadas. No seu entendimento, o mercantilismo da saúde e a relação do sistema público e privado.

Esta categoria de análise, portanto, apresentamo-la a partir de dois enfoques básicos; o financiamento do SUS e a relação do setor público com o privado, considerando o mercado existente na saúde.

...outra linha de pensamento na área de saúde é o mercantilismo. Não que se tenha que trabalhar de graça, até porque fazem-se grandes investimentos em pesquisa e se quer ter retorno rápido, principalmente os laboratórios farmacêuticos, fabricantes de equipamentos. Porém, direcionado tudo para o lado da alta tecnologia, elevando custos e transformando a saúde pública em um caos, pelos custos. Prioriza-se o dinheiro. ...até o sistema privado de saúde enfrenta esta dificuldade. A única diferença é que lá você, atrasando o pagamento, não tem atendimento(Farmacêutico).

...criou-se o SUS, com atribuições nas três esferas de governo, e a saúde, como dever do Estado. Contudo, não se criou uma dotação orçamentária para cobrir essas despesas. De onde vem esta receita? Cobre as despesas? E ainda o que é destinado é desviado. São diversos os fatores que levam a saúde ao caos...(Farmacêutico).

Os recursos para o financiamento do SUS são provenientes do orçamento da Seguridade Social, de acordo com a receita estimada. E tem ainda, entre outras fontes, os serviços prestados pelo sistema, sem prejuízo da assistência à saúde, donativos, contribuições, taxas e multas, conforme artigo 31 da Lei Orgânica da Saúde(Brasil, 1994a).

A Constituição Federal, no seu artigo 194, define a Seguridade Social como "um conjunto de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social"(Brasil, 1988), e estabelece seus objetivos. No artigo seguinte da Lei, é estabelecido o seu financiamento através das seguintes fontes:

- dos recursos provenientes dos orçamentos da União, Estados e Municípios e das seguintes contribuições sociais;

- dos empregadores, sobre folha de pagamento de salários, faturamento e lucro;
- dos trabalhadores;
- sobre a receita de concursos de prognósticos.

Os recursos do setor em cada nível de gestão devem ser creditados em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas. No município, creditados para o Fundo Municipal de Saúde, conforme prevê a legislação.

Segundo documento da OPAS - Organização Panamericana da Saúde, os gastos públicos com saúde no Brasil, considerando os três níveis de administração, em 1989, foi de US\$13.200 milhões - US\$ 96,00 per capita, diminuindo em 1992 para US\$ 8.700 milhões - US\$ 63,00 per capita. A partir de 1993, passou a crescer gradativamente. Em 1996, chegou a US\$ 14.000 milhões, crescendo 6% aproximadamente a mais que em 1989. Os planos de saúde no Brasil movimentaram, em 1995, um valor de US\$ 6.400 milhões. Estima-se que o setor privado administra algo em torno de US\$ 83,00 a US\$ 150,00 per capita mensais(OPAS, 1999).

Percebe-se, através dos dados apresentados, que os recursos públicos em saúde no País diminuíram, considerando o valor per capita investido (a população brasileira cresce a 1,3%a.a., segundo dados da mesma fonte). Esses dados da macroeconomia do setor são apresentados, pois vão refletir, a nível local, no custeio dos serviços, assim na capacidade de cobertura da assistência no sistema.

"...sem recursos não se trabalha, se tem competência, dá para fazer. A filosofia, a linha de trabalho dos dirigentes na área de saúde no País é totalmente inversa. É dada muita prioridade à área curativa..."(Farmacêutico).

Outro aspecto a ser acrescentado ao quadro é a de questionar: o com que têm sido gastos esses recursos? Constata-se, considerando somente os valores que são pagos pelo SUS, na produção de serviços, analisando-se simplesmente as tabelas de pagamento por serviços: Piso de Atenção Básica(R\$ 1,00 habitante/mês); Média e Alta Complexidade no nível ambulatorial, onde se prioriza a área curativa. Entendo que essa condição é assim estabelecida em decorrência do modelo de assistência prestada e também em consequência da falta de investimentos no setor, pois a insuficiência no financiamento força e condiciona que se gastem os recursos prioritariamente na assistência aos doentes e se destine, assim, menores valores para ações de caráter coletivo e preventivo, constituindo-se um ciclo vicioso. O modelo centrado na assistência à doença gera mais doença, pois não há ações de caráter de promoção da saúde em quantidade e qualidade que permitam suprimir os fatores condicionantes da doença na sociedade, para o rompimento deste ciclo. Os custos, nessa circunstância, tendem a crescer, em razão da progressiva tecnologia incorporada no atendimento ao doente.

"...E aquele dinheiro do Piso de Atenção Básica, transferido do governo, tem ido para o Hospital Municipal. A verba toda está indo para o Hospital. Foi aprovado no Conselho Municipal de Saúde"(Gorda).

"...olha, a falta de recursos a gente sente, né, Farmacêutico? Tem coisas que se tem que fazer e não se tem recursos"(Regina).

Essa condição se reproduz no nível local, como podemos evidenciar pelos dados coletados. Dessa forma os recursos do setor são gastos com a indústria da doença, financiando, de modo crescente, os interesses da grande indústria farmacêutica e de equipamentos.

Os recursos insuficientes investidos na saúde, associados às distorções em sua administração, se refletem diretamente na qualidade dos serviços, à medida que geram insatisfação profissional. Decorre daí o descompromisso com

o serviço público, pautado pelas condições de trabalho, salário e material, entre outros.

Como evidenciou Farias (1998, p.120) em seu estudo, a maioria dos profissionais de nível superior não cumprem sua carga horária contratual. No grupo de estudos, evidenciamos nessa discussão, que 50% dos seus membros têm outros vínculos empregatícios para terem um ganho mais satisfatório.

"os médicos... para esses profissionais...o serviço público é um bico."(Cláudia)

Considerando a falta de recursos no setor, associada ao modelo de assistência centrado na figura do médico, e este, como também evidenciou Farias (1998, p.122) considerar de modo geral um bico a sua atuação em saúde pública, constitui a própria assistência um gasto social elevado considerando seus resultados. Por outro lado, chamamos a atenção para a pertinência e necessidade de que outras categorias profissionais mais comprometidas ocupem gradativamente esse espaço, acrescentando um novo pensar, ou melhor, um pensar correto, o pensar saúde para reverter este quadro. No grupo de estudos, esta discussão se estabeleceu; e as opiniões a respeito podem ser identificadas através deste dizer:

...eu acho que a equipe de enfermagem é a mais numerosa e que está mais em contato com o povo, no dia-a-dia, tanto nas Unidades Básicas de Saúde como nos hospitais. É potencialmente, mas não realmente hoje capaz de transformações. Mas tem potencial, tem uma capacidade de transformação impressionante. Só está em potencial. Exatamente porque são transformações que vão levar muito tempo. São coisas que estão acontecendo há anos, e enfermeiro é uma profissão muito nova; tem muito caminho para andar. Ela tem que produzir muito conhecimento...(Gorda).

Neste contexto cresce o que Mendes(1995, p.62) chama de subsistema de atenção médica supletiva, representada pela medicina de grupo "...constituída por empresas médicas similares às HMO'S americanas, que administram,

normalmente, sob a forma de pré – pagamento, planos de saúde para indivíduos, famílias ou empresas”.

...certa vez, em razão de minhas funções, perguntei a um determinado profissional médico, o porquê do seu mau atendimento aos pacientes na Unidade Básica de Saúde, pois estranhava sua conduta. Eu o conhecia e sabia de sua capacidade técnica. Ele me respondeu que atendia de modo grosseiro, pois o seu trabalho nesta unidade mais central concorria com o seu próprio consultório. Principalmente com relação ao Instituto de Previdência do Estado – IPE. Lá em seu consultório havia a necessidade de que o paciente pagasse uma diferença na consulta e aqui era de graça... Para melhorar, tive que o transferi-lo para unidade de um bairro...já que demitir é difícil...(Marcos).

A relação entre o setor público de saúde e o setor privado pode ser retratado a partir desta fala. Na micropolítica do trabalho cotidiano de uma Unidade Básica de Saúde podemos ter uma visão da macropolítica do sistema. Verifica-se, o que Mendes(1995, p.72) aponta em seus estudos, resumidamente, que os recursos públicos alimentam o setor privado em saúde, principalmente na área hospitalar. Esta situação é a mesma na área ambulatorial quando a assistência é de alto custo como, por exemplo o serviços de terapia renal substitutiva, quimioterapia e radioterapia oncológica.

La cobertura de los servicios públicos de salud, complementados por servicios privados contratados por el Gobierno bajo la responsabilidad del SUS, llega a 75% de la población. En los servicios hospitalarios el sistema se basa predominantemente en el reembolso público de los servicios prestados por entidades privadas (80% de los establecimientos hospitalarios que prestan servicios al SUS son privados). Por otro lado, 75% de la asistencia ambulatoria prestada por el SUS es producida por los establecimientos públicos. La cobertura de los planes y seguros privados alcanzó en 1995 a 20% de la población brasileña, unos 34 millones de personas, y una inversión de US\$ 6.400 millones(OPAS, 1999).

Frente ao exposto observa-se que o financiamento é um fator efetivamente impeditivo para o incremento dos princípios políticos do SUS. Por mais que o arcabouço jurídico do sistema busque ajustes para a valorização do serviço público, há ainda muito a avançar em investimentos reais à saúde e à sua promoção. A presente discussão temática é complexa e demanda um estudo

exclusivo para que seja possível contemplar as inúmeras variáveis que a compõem.

6.3 – Propostas e Perspectivas Futuras

Este mundo e o mundo distante estão incessantemente produzindo nascimento: cada causa é uma genitora, todo efeito, um filho.

Uma vez nascido, o efeito também se converte em causa e dá nascimento a efeitos maravilhosos.

Essas causas formam geração após geração, mas é preciso olhos lúcidos para ver os elos de sua cadeia. Rumi

Este pensamento foi lido por um membro do grupo no último encontro e, de certa forma, retrata a apresentação deste subtítulo. Ouvir a gravação, ler e reler suas transcrições nos fez procurar os elos que as unia, bem como entender aspectos subjetivos que apareciam em cada discussão. Neste sentido, procuramos identificar fatores favoráveis à implementação dos princípios do SUS na prática das Unidades Básicas de Saúde. Acreditamos que existam, porém, neste estudo com o grupo, não as encontrei, de forma objetiva.

Encontrei, sim, propostas, perspectivas, e o grupo acredita serem elementos que, em sendo aplicados, permitirão acelerar e solidificar o SUS, um sistema que enfrente as iniquidades em saúde.

Estas propostas e perspectivas surgiam de modo paralelo às discussões dos fatores impeditivos e das dissonâncias na implementação das políticas previstas no SUS. Deste modo, foi tarefa difícil separá-las, pois, muitas vezes, a própria crítica, representava em si uma proposta que se acreditava ser um instrumento favorável à implementação do SUS. Assim, as apresentamos todas reunidas neste subtítulo, contextualizando-os através das falas em que emergiram nas discussões.

A) A Educação em Saúde nas Escolas

...mas, por outro lado, não se pensa muito na questão educação. Não só nós da área da saúde fazemos educação para a saúde, em nossos grupos de atendimento, programas. Acho, não tenho certeza, nesta questão tem que haver o envolvimento maior do Ministério da Educação. A saúde tem que estar nas escolas. Pouco muda a educação para pessoas de 30 a 40 anos. Pessoas que já não vão mudar seus hábitos, conceitos sobre saúde. Porém se você trabalhar as cabeças das crianças as mudanças ocorrerão (Farmacêutico).

A educação em saúde nas escolas é apontada pelo grupo como um instrumento poderoso para a transformação das iniquidades em saúde. Entendem que ela deveria fazer parte do currículo escolar desde a pré – escola. Acrescentei à discussão a educação para a cidadania, na qual o ensino partisse da realidade, do contexto onde o aluno está inserido. Para tal condição, há necessidade de que a escola tenha uma abordagem sócio – cultural, ou seja, que enfatize os aspectos sócio – político – culturais da realidade em que o indivíduo se encontra. Não a educação tradicional, que ainda é dominante - da transferência do conhecimento e sua repetição.

B) Organizar um Sistema de Informações

"...há a necessidade de organizar um sistema de informação nas Unidades Básicas de Saúde para que se possa atuar e intervir antes de as pessoas virem até o Posto...doentes"(Gorda).

Evidenciou-se, com o grupo, a existência de vários sistemas de informações previstos no SUS. Contudo, há a necessidade de: descentralizá-los, equipar as Unidades Básicas de Saúde com instrumentos de informática; e, sobretudo, capacitar os recursos humanos para o uso destes elementos informação – informática. Entendo que conhecer a distribuição das necessidades em saúde de uma população é crucial para a implementação de uma política de

saúde eqüitativa. Por outro lado, temos que orientar nossas ações para além da informação orientada para a doença. Segundo Kadt (1993, p.25), na literatura médica que busca monitorar, principalmente a análise de risco, grupos de risco, “descrevem-se apenas um conjunto ou uma categoria de indivíduos que compartilham uma mesma característica, não levando em conta, de maneira alguma, os processos sociais”. Em geral, a ênfase continua a ser colocada na assistência individual. É ainda recente a aplicação de técnicas como a territorialização e mapa de riscos ambientais, por exemplo.

C) Os Profissionais Podem Mudar a Situação

“O modelo a sociedade o aceita, pois não conhece outro. Quem conhece outro? Os profissionais de saúde. Está na mão de quem mudar? Está nas nossas mãos, de mais ninguém”(Gorda).

No entendimento do grupo, os profissionais, e em especial os enfermeiros(as), têm potencialmente condições de promover a mudança. Contudo este é um processo ainda em possibilidades, pois evidencia-se ainda que as Escolas de Enfermagem, sejam elas de nível médio ou superior, têm sua formação voltada para um tipo de assistência baseada ainda no modelo bio – médico, individual e curativo. Esta mesma análise faz Chianca (1994, p.53):

...consideramos que o novo modelo assistencial clama por um profissional crítico, com competência técnica. Porém além desta competência, tal profissional deve levar em conta a dimensão política do trabalho no setor saúde e as dimensões sociais dos seres que assiste. ... urge que impulsionemos uma reestruturação da concepções biologicistas e mecaniscistas que orientam a formação dos profissionais de enfermagem, tendo em vista o atendimento das atuais demandas do sistema de saúde, o SUS.

D) Necessidade de União na Enfermagem

É uma categoria forte a enfermagem. Mas nunca vai avançar, pois o enfermeiro fala muito mal do enfermeiro. Não há união. Não há união no Técnico e Auxiliar de Enfermagem. Eu olho para o Marcos, vejo que ele fez isso e isso é bom, mas aquilo é ruim. Na hora de falar, eu falo o que vejo de ruim. O enfermeiro sempre quer derrubar o colega, não em erguer o colega. A classe, assim, nunca está unida(Margarida).

Há identificada no grupo a necessidade de maior profissionalismo na categoria, pois em sua compreensão, a ética não se aprende só na escola. As questões de mercado e a competição são uma realidade no mundo atual. A união, que é referida, passa a ter significado quando ela ultrapassa a visão corporativista e ganha a dimensão necessária à transformação da abordagem na assistência. Porém, devo concordar que a constituição corporativa é um dos degraus para essa escalada, pois as possibilidades de construir um sistema assistencial de enfermagem é ainda um desafio. Pires(1989), aponta que historicamente os médicos têm se apropriado do saber na área da saúde, e hegemonicamente, conduzido a assistência. A enfermagem no Brasil tem atuado potencializando essa situação, na medida que não assume posição frente a um novo modelo de assistência. Tal falta de posicionamento é a fragilidade da categoria enquanto corpo profissional desarticulado, em um primeiro aspecto. Em segundo, vem a dificuldade de se estabelecer uma base sólida e cientificamente fundamentada, de nossa prática, que venha ao encontro das reais necessidades de saúde da coletividade.

As questões criticadas refletem também a insegurança do profissional. Não se sabe qual o caminho. Há correntes na enfermagem que apontam para maiores possibilidades, considerando uma novo modelo de inserção da profissão no modelo bio – médico; outros apontam para caminhos diferentes e distantes desse modelo. Porém, nada muito concreto. Temos uma perspectiva, adotando o cuidado profissional como objeto, o qual ainda não tem contornos definidos, pois

outros profissionais da área da saúde cuidam. Essas incertezas, seguramente colaboram para as dificultar a união da categoria.

7.0 – Considerações Finais

Quem observa sempre o faz de um ponto de vista, assim, nenhuma observação é neutra(Freire, 1997). A observação compartilhada, ética, resultado da implementação metodológica da pesquisa convergente assistencial, possibilitou o espaço de reflexão sob diversos pontos de vista. Não tornou o observador neutro, mas possibilitou a este, investigação de dimensões sobre o tema, que isoladamente talvez não os tivesse percebido.

A união do ensino e pesquisa foi o fator determinante. Pois, enquanto ensino exigiu a reflexão crítica sobre a prática, em um movimento dinâmico, dialético, entre o fazer e o pensar sobre o fazer. A pesquisa exigiu a construção da consciência crítica, que supera a curiosidade ingênua transformando-a em epistemológica, como ensinou Freire.

O tema do estudo, considerando sua complexidade, nos permitiu a apreensão de elementos que interferem na implementação das políticas de saúde que emanam do SUS, a partir da realidade das Unidades Básicas de Saúde. Este estudo é inconcluso, pois como já dito não tem a capacidade de apreender toda a realidade que a dimensão do seu tema apresenta, porem, por ser inconcluso é parte desta possibilidade. Como possibilidade, tem em si a capacidade de apontar para aspectos de relevância a serem observados na construção do SUS. Aspectos que seguramente exigem uma maior atenção no sistema de saúde onde o estudo ocorreu, e também servem, de referência ao sistema como um todo, como fragmentos de uma parcela de sua realidade.

As categorias identificadas, analisadas, apontam para elementos que retratam o descompasso entre as concepções propostas pelo SUS, e sua prática nas Unidades Básicas de Saúde. Porém, ao avaliar o estudo como um todo, pode-se acrescentar a necessidade imperiosa do preparo de recursos humanos. Preparo este, que vai além da capacitação técnico – teórica, que contemple mudanças na relação interpessoal, que melhore o acolhimento do usuário, que promova o reconhecimento deste como cidadão de direito. Condição hoje não possível frente ao modelo existente. Evidencia-se assim que a gênese das dissonâncias relativo a implementação da política proposta está, como um elemento central, a necessidade de superação do modelo de assistência centrado na cura da doença. Esta superação somente ocorrerá na medida que os agentes de saúde desenvolverem sua prática pautados no novo paradigma que traz em si: a concepção de causação social da doença, da "cidadanização" da assistência, o pensar saúde, sua promoção. É necessário portanto, "novos modelos técnico-assistenciais, que possam contrapor, em termos de eficácia e resolutividade, ao modelo altamente custoso e pouco efetivo do projeto médico hegemônico dos serviços públicos de saúde(Merhy, 1997).

Deste modo para a implementação da política de saúde preconizada pelo SUS, há necessidade de mudanças profundas nos sistemas locais de saúde. Mudanças que envolvem não somente a implementação dos programas, serviços eleitos como prioritários, reformulações administrativas, contemplar as Unidades Básicas com equipes multiprofissionais, mas fundamentalmente mudanças, na relação dos profissionais de saúde com o seu modo de entender e intervir no processo saúde – doença. O modo soberano da intervenção do modelo médico hegemônico que resulta em ações prescritivas, não tem respondido as necessidades crescentes em saúde coletiva, nem respeitado aos princípios que norteiam ao preconizado pela política de saúde vigente.

A superação do que entendo a gênese das dissonâncias relativo a implementação dos princípios do SUS, para ser viabilizada passa necessariamente pela educação, pela formação acadêmica. E nos serviços pelo ensino continuado no trabalho. Como apontou Chianca (1994), "para o sucesso

do projeto é necessário treinar médicos, enfermeiras, técnicos, agentes de saúde, em hospitais e demais serviços de saúde; introduzir novos métodos de promoção da saúde.”

Como já visto, não há avanços sem que ocorra uma mudança no modo como os profissionais de saúde se relacionam com o seu objeto de trabalho, a saúde – doença, não basta corrigir as estruturas organizacionais financeiras das instituições. E a mudança do modo como estes se relacionam tem ao meu ver dependência direta na educação. E a educação ideal é a do coletivo, usuários e profissionais de saúde, na construção do pensar saúde. Porém a sua viabilização só é possível a partir da re – educação dos profissionais de saúde, os transformando em educadores para a saúde.

No presente estudo, evidenciei na prática as deficiências teóricas relativo ao paradigma sanitário, contudo e o mais importante, foi sentir o desejo do grupo por mudanças, e consciência desta necessidade. Esta condição demonstra o terreno fértil para efetiva-las, através da educação continuada em serviço. Educação que busque a reflexão permanente da prática, na busca de um novo modelo técnico – assistencial. E que progressivamente possa incluir os usuários diretamente neste processo, como atividade de educação em saúde nas Unidades Básicas de Saúde.

A utilização da técnica de pequenos grupos, foi como já dito, foi fundamental para o desenvolvimento do estudo, e teve sucesso com a adoção de uma metodologia pedagógica que tem no diálogo sua categoria central. Diálogo, aqui entendido não como uma técnica para a conquista de amizade, da relação social, mas visto aqui como uma discussão, “dialógico” dos pontos temáticos surgidos nas reflexões do grupo e suas dimensões teórico - prática.

O grupo, enquanto tecnologia aplicada no estudo, nos aproxima da realidade, pois este processo se dá no contexto social dos participantes influenciando-os. Tal condição exige do moderador a capacidade de manter durante todo o processo um ambiente e condição que não iniba a plena participação de seus componentes. Condição que foi facilitada pelo método

pedagógico implementado, mas que exige do moderador preparo teórico, habilidade, criatividade. Para o sucesso do grupo, há necessidade que o moderador respeite o momento e a trajetória pessoal de cada um, e ter habilidade de considerar o que é possível trabalhar como ponto de partida em direção ao desejável do grupo. Isto é mais que superar dificuldades de relacionamento, das influências sociais presentes, é estabelecer com o grupo o valor do indivíduo e do coletivo de modo a criar condições para o desenvolvimento temático e suas dimensões. Este aprendizado de grupo se deu na sua práxis, e na reflexão sobre esta, em minha experiência.

O marco conceitual, que descreve, explica as idéias que estão envolvidas na questão de pesquisa, foi também, objeto do processo ensino – aprendizagem, considerando os princípios do SUS. E neste contexto foram suficientes para responder as necessidades que emanaram do estudo. Os demais conceitos complementares, em que pese ter havido, na visão do grupo uma separação entre Enfermagem e Enfermeiro, também atenderam satisfatoriamente ao objeto de pesquisa.

O presente estudo, além de demonstrar a viabilidade de se desenvolver prática assistencial, prática educativa e pesquisa de modo articulado e complementar, tem sua importância como resultado na capacidade de introduzir mudanças no contexto onde que a prática foi desenvolvida. Pois, o grupo de profissionais apresentou uma visão crítica do cotidiano das atividades desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde, pautados no referencial teórico, a política que emana do SUS.

Evidencia-se assim, a necessidade de introduzir nos programas de educação, de treinamento para os profissionais de saúde, a discussão e aprendizagem sobre os princípios do SUS. Acrescentar aos já existentes treinamentos para implantação de programas de saúde, de modo inseparável, a discussão e reflexão sobre a implementação prática dos princípios do SUS, considerando as ações programáticas que estão sendo propostas. Tal abordagem educativa, certamente estabeleceria de imediato a análise crítica dos programas,

suas distorções, quando estes não apresentam como referencial teórico os princípios políticos do SUS.

Esta educação em serviço de modo continuado, certamente promoveria mudanças na compreensão e operacionalização das ações e serviços das UBS. As ações, serviços e programas de saúde desenvolvidos nas Unidades Básicas de Saúde, passariam a ter maior consonância com os princípios norteadores da política de saúde, promovendo gradativamente as mudanças necessárias na assistência prestada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARROS, Elizabeth. O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde. In: Brasil, M.S. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde**. Brasília : IEC, 1994. p.29 – 37.
- BERLINGUER, Giovanni. 15 anos errando pela América Latina In: **Política de saúde: o público e o privado**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p. 19 – 27.
- BOFF, Leonardo. **A águia e a galinha: uma metáfora da condição humana**. 22ª ed., Petrópolis, RJ : Vozes, 1997.
- BRASIL. **Relatório Final da VIIIª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, março de 1986.
- _____. Decreto Lei n.º 94.657 de 10 de julho de 1987. Dispõe sobre a criação de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados e da outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, p. 11505, 21 jul. 1987.
- _____. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988. Rio de Janeiro: Editora Degrau Cultural [1988?] 111p.

_____, Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde: diretrizes para formação de política de recursos humanos.** Brasília, 1989.

_____. Mensagem n.º 680, que comunica a Presidência do Senado Federal, nos termos da lei, as razões dos vetos parciais do Projeto de Lei n.º 50 de 1990(n.º 3.110/89, na origem), que “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, p.18068 – 18071, 20 set. 1990. Seção 1.

_____, INAMPS. Aprova a Norma Operacional Básica n.º 01/91. Resolução n.º 258, de 07 de janeiro de 1991. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, p.641, 10 jan. 1991(a). Seção 1.

_____, INAMPS. Define, conforme relação, a quantidade de AIH – Autorização de Internações Hospitalar a ser distribuída mensalmente. Portaria n.º 19, de 08 de janeiro de 1991. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, p.641, 10 de janeiro de 1991(b), Seção 1.

_____, M.S. e INAMPS. Reedição da Norma Operacional Básica n.º 01/91. Resolução n.º 273, de 17 de julho de 1991. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, p.641, 18 jul. 1991(c). Seção 1.

_____, Ministério da Saúde. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Portaria n.º 545, 24 de maio de 1993. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 1993.

_____. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, Dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: **Descentralizando e democratizando o conhecimento SUS-RS: coletânea de legislação do SUS**. Porto Alegre: Editora Nova Prova, 1994(a).

_____. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. In: **Descentralizando e democratizando o conhecimento SUS-RS: coletânea de legislação do SUS**. Porto Alegre: Editora Nova Prova, 1994(b).

_____, Ministério da Saúde. **Promoção da saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Brasília, 1996(a).

_____, M.S. Aprova nos termos do texto anexo, a Norma Operacional Básica - NOB 01/96 do SUS. Portaria n.º 2.203, de 05 de novembro de 1996. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, p.5423, 06 nov. 1996(b).

CAPRA, Fritjof. **O Ponto de mutação**. São Paulo, SP: Editora Cultrix, 1992.

CHIANCA, Tânia Couto Machado. O Sistema Único de Saúde: a proposta de viabilização e a inserção da enfermagem. **Saúde em Debate**, São Paulo, n.º 44, p. 48 - 54. Setembro, 1994.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Aprova recomendações para a constituição de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, na forma anexo. Resolução n.º 33, de 23 de dezembro de 1992. p.136 – 140. In: **Descentralizando e democratizando o conhecimento SUS-RS: coletânea de legislação do SUS**. Porto Alegre: Editora Nova Prova, 1994.

EVANGELISTA, Ozélia Pereira. Orientações básicas para o processo de planejamento em saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, PR. n.º 42, p. 20 –25, Set./1994.

FARIA, Eliana Marilia, **Comunicação na saúde fim da assimetria...?** Pelotas: Ed. Universitária/UFPel; Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC.1996. p.185.

FLEURY, Sonia. Equidade e Reforma Sanitária: Brasil. **Saúde em Debate**, São Paulo, n.º 43, p. 44 - 52. Junho, 1994.

FREIRE, Paulo. **Conscientização: teoria e prática da libertação uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3ªed. São Paulo: Editora Moraes Ltda., 1980.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1997.

FUNASA - FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Sistemas de Informação em Saúde**. RNIS. Disponível na Internet. <http://www.funasa.gov.br>. 20 de julho de 2000.

HARTFORD, Margaret E. **Grupos em serviço social**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Agir, 1983.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EDUSP, 1979.

KADT, Emanuel De, e TASCA, Renato. **Promovendo a equidade: um novo enfoque com base no setor saúde**. São Paulo, SP: Editora Hucitec, 1993.

MELO, Cristina. Enfermagem: Teoria e prática, para construir qual sistema de saúde? **Revista Baiana Enfermagem**, Salvador, v.5, n.1, p.21 – 29, out. 1992.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: ____ (Org.) **Distrito Sanitário; o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC - ABRASCO, 1995. p.19 – 91.

MERHY, Emerson Elias. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, Sônia. (Org.) **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p.125 – 141.

MUNARI, Denise B. Processo grupal em enfermagem: possibilidades e limites. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.50, n.1, p.37-52, jan./mar.1997.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Brasil: Perfiles Básicos de Salud de Países, Resúmenes, 1999.** Disponível na internet. <http://www.paho.org/spanish/>

PAIM, Jairnilson Silva, Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: **Saúde e democracia: a luta do CEBES**, São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.11-24.

PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem – Brasil 1500 - 1930.** São Paulo: Editora Cortez, 1989.

TRENTINI, Mercedes. Promoção: um caminho apropriado à saúde. **Revista Cogitare, Enfermagem**, Florianópolis, SC: v.4. n.º 1, 2000(no prelo).

TRENTINI, Mercedes e PAIM, Lígia. **Pesquisa Em Enfermagem: uma modalidade de unir o pensar e o fazer na prática de enfermagem.** Florianópolis : UFSC – Série Enfermagem – Repensul, 1999.

TRENTINI, Mercedes e GONÇALVES, Lúcia T. Pequenos Grupos: Um método no desenvolvimento de tecnologias em enfermagem. **Texto e Contexto**, v.9 (1) janeiro – abril, 2000. (Aceito para publicação).

BIBLIOGRAFIA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Como fazer referências bibliográficas.** Disponível na internet. <http://www.bu.ufsc.br/sumário.html> 20 de julho de 2000.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Biblioteca Central. **Normas para apresentação de trabalhos: Referências bibliográficas 5.** Ed. Curitiba : Ed. da UFPR, 1995.

ANEXO I

Ofício: M/m

Erechim, 13 de setembro de 1999.

Senhor Secretário:

Cumprimentando-o, vimos pelo presente propor a realização de um projeto ensino - aprendizado a ser desenvolvido com os colegas Enfermeiros atuantes no serviço público municipal de saúde. O referido projeto ensino - aprendizagem objetiva realizar uma discussão, reflexão quanto a prática cotidiana dos serviços relacionando-os com os princípios e legislação do SUS - Sistema Único de Saúde. É também objetivo, buscar mudanças positivas na qualidade dos serviços em consonância com os propósitos estabelecidos pelo SUS, bem como faz parte da disciplina - Prática Assistencial de Enfermagem do Curso Mestrado em Assistência de Enfermagem, onde estou matriculado como aluno regular.

Para melhor compreensão desta proposta, segue em anexo a exposição de motivos, bem como uma cópia preliminar do referido projeto para ser analisado. Nossa preocupação é de termos o retorno breve de sua apreciação, e sugerindo a dos colegas, para que possamos, caso esta proposta seja aceita, termos tempo para sua preparação adequada ao melhor nível possível dos trabalhos.

Outrossim, coloco-me a disposição para apresentar este projeto e discuti-lo pessoalmente, objetivando ajustes que possam ser necessários na comunhão dos interesses, havendo intenção de desenvolvê-lo.

Atenciosamente,

Marcos Aurélio Moretto

Enfermeiro COREN-RS n.º 33697

Ilmo. Sr.

Claudio Henrique Giacomini

M.D. Secretário Municipal de Saúde

Erechim - RS

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

PROJETO: Processo Ensino - Aprendizagem em Políticas de Saúde

- Considerando; que há necessidade de constante capacitação dos recursos humanos, pois é ao nosso entender este o elemento chave para a manutenção e melhoria dos serviços a serem prestados à comunidade.
- Considerando que o SUS tem em seu arcabouço jurídico, histórico, a fundamentação da política de saúde que a sociedade deseja, nada mais importante que desenvolver com os Enfermeiros, profissionais que tem papel fundamental na dinâmica da assistência, um espaço para pensar, conhecer, conviver este conjunto de princípios norteadores da Reforma Sanitária em construção em nosso país.
- Considerando; nossa experiência profissional, evidencia-se que muito já tem sido desenvolvido nesta área para a capacitação dos usuários, através dos Conselhos de Saúde, contudo, nem sempre esta abordagem tem sido direcionada aos profissionais de saúde, principalmente através de metodologia pedagógica problematizadora que parte da realidade do cotidiano dos serviços.
- Considerando que o SUS, um processo em construção a partir da realidade, apresenta-se como um desafio a todos os Gestores, assim buscamos contribuir e obter também contribuição na nossa formação acadêmico - profissional.

Apresentamos o Projeto Ensino - Aprendizagem em Políticas de Saúde, que é preliminar e está aberto a sugestões no sentido de viabiliza-lo, bem como em atender os anseios ou outras necessidades institucionais e dos participantes, que possam ser acrescidas.

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO E PARTICIPAÇÃO

Prezado(a) Colega

Conforme contatos anteriores, é de seu conhecimento que sou aluno regular do Curso de Pós – Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, no Mestrado Interinstitucional em Assistência de Enfermagem / Convênio UFSC/UnC/URI/CAPES – FUNCITEC, e atualmente desenvolvendo a disciplina de Prática Assistencial conforme projeto já apresentado.

O presente termo tem a finalidade de reiterar as informações necessárias e solicitar seu consentimento na participação desta prática assistencial, por mim desenvolvida, com o intuito de obter material, dados e informações, para a constituição de estudos.

Sua participação é de fundamental importância no desenvolvimento deste projeto, sendo-lhe garantido(a) o anonimato, porem permitindo a utilizar das informações geradas nos encontros como objeto de análise, estudos, objetivando aprender, desenvolver, sistematizar o conhecimento existente em nossa profissão.

É também garantido o direito de desistir em qualquer momento desta atividade, bem como o de ter acesso e conhecimento dos registros realizados.

Erechim, 01 de dezembro de 1999.

Enf.º Marcos Aurélio Moretto
Mestrando

Nestes termos concordo;

Nome:

Assinatura: